

子どもの心の相談 初診問診票

ふりがな _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
お名前： _____ (男・女)
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ 月)
記入者： _____ (本人との関係 _____)
園・学校名： _____ 学年： _____ 年 _____ 組

※お分かりになる範囲でご記入ください。不明なところは空欄で構いません。

I. いま、困っていること（相談したいこと）を下記に記入してください。

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

II. 子供さんに、受診のことをどのように説明していますか。

III. どなたの意見で、受診しようと考えられましたか。

IV. これまでに上記のことで受診、相談、治療をされたことは（ある ない）

◎ある場合には受信歴、大まかな経過を記入してください

《お子さんについて》

- ・ これまでにかかった病気：

- ・ 現在治療中の病気・飲んでいるお薬：

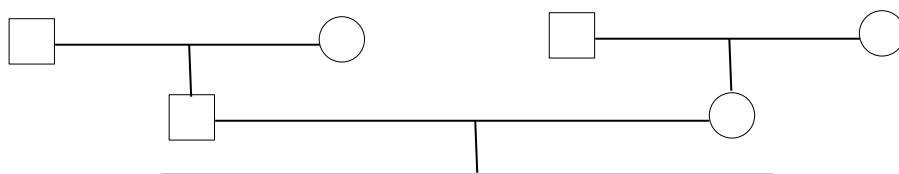
- ・ 性格：(明るい おとなしい 神経質 こだわりがある 不安が強い)
- ・ 友達：(多い ふつう 少ない)
- ・ 学業成績：(よい ふつう 悪い 非常に悪い)
- ・ 先生からの評価：(良い子 ふつう 目立たない子 問題のある子)
- ・ 習い事／クラブ活動：

- ・ 好きな遊び・趣味：

《ご家族構成》

名前	続柄	生年月日(西暦)	性別	学校または職業	健康状態(持病)
		年 月 日(歳)	男・女		
		年 月 日(歳)	男・女		
		年 月 日(歳)	男・女		
		年 月 日(歳)	男・女		
		年 月 日(歳)	男・女		
		年 月 日(歳)	男・女		
		年 月 日(歳)	男・女		
		年 月 日(歳)	男・女		
		年 月 日(歳)	男・女		
		年 月 日(歳)	男・女		

* 同居されている方：本人を含めて () 人



以下の質問項目の中で該当する項目をチェックしてください

1. 発育・栄養・食事などで気になることがある： 大いにある ある ない
体重が増えない ミルクの飲みが悪い 偏食 食事のムラ
食べるのが遅い 自分で食べられない お箸・スプーンを上手に使えない
その他：
2. 睡眠について気になることがある： 大いにある ある ない
寝つきが悪い 一人で寝られない 眠りが浅い 夜驚 夜間遊歩
遅くまで起きている 朝が遅い 寝ぼけがひどい
その他：
3. 排泄について気になることがある： 大いにある ある ない
おむつが取れない おしっこ・うんちを教えない 一人でトイレにいけない
夜尿 遺尿 異糞
その他：
4. 言葉のことで気になることがある： 大いにある ある ない
言葉が遅い 理解が遅い・悪い 話し方がおかしい 人前で話せない
その他：
5. 日常の生活行動で気になることがある： 大いにある ある ない
衣服の着脱が上手くできない 落ち着きがない 遊び方が気になる
簡単な手伝い。伝言ができない お金の使い方を知らない 自分一人で過ごせない
その他：
6. 特に強い不安を示すことがある： 大いにある ある ない
分離不安（お母さんがいないとパニックになる） 園や学校を嫌がる
特定の物や状況を嫌がる：動物／人／場所／その他
その他：
7. 気分の問題で気になることがある： 大いにある ある ない
イライラしている ひきこもっている 元気がない 落ち込んでいる
すぐ泣く すぐ怒る 気分にむらがある
その他：
8. 攻撃的な／反社会的な／非行的な行動： 大いにある ある ない
かんしゃく 乱暴な言葉を使う 殴る・蹴る 物を壊す 嘘をつく
すぐ喧嘩する 盗癖 家屋破損・侵入 放火 学校をさぼる
夜間徘徊 シンナー／アルコール／薬物乱用 家出
権力への反抗：両親／学校／警察／その他
その他：
9. 親子関係／兄弟・仲間関係で気になることがある： 大いにある ある ない
うまく協力できない うまく話せない 遊べない 決まった友達がいない
一人でいることが多い 乱暴をする 変に気を使う 一人勝手な行動が多い
その他：
10. 心理社会的要因が考えられる身体症状： 大いにある ある ない
思い当たる症状を書いてください：