**飛騨市こどものこころクリニック**

**市内小中学校教員向け「無料メンタル相談」問診票**

令和　　 　年　　 　月　　 　日記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名  生年月日　　　　年　　月　　日生まれ  出身地： | 性別 | 満年齢 | 勤務する学校名 |
| □男  □女 | 歳 | 学校 |
| 住所（〒　　　　　－　　　　　） | | | |

※問診表の内容でわからないことや覚えていないこと、記入したくないことがありましたら、そのようにお書きください。また、記入スペースが足りない場合は、空いているスペースや別紙にお書きください。

1. **相談したいことは以下のどれですか。**

**□１．自身の健康について　　例）感情的になってしまう・夜、眠れなくなったなど**

**□２. 家族について 　例）育児の悩みなど**

**□３. 仕事について　　　　　例）指導方法の悩みや疑問、人間関係など**

1. **相談内容を簡潔にお書きください（いつ頃から、どのような症状があった等）**

**③　これまでに精神科、心療内科、相談機関などに相談・受診されたことはありますか？**

□ いいえ

□ はい

|  |
| --- |
| いつ頃から |
| 相談施設・機関名 |
| 診断名（あれば） |
| 治療内容（どんな説明を受けていますか？） |

**④　今までに大きな病気にかかったことはありますか**

　□ いいえ

　□ はい→　何歳頃（　　 　　 ） 病名　(　 　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　）

　　　　　入院　□なし　　□あり→（　　　）歳のとき　病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　手術　□なし　　□あり→何の手術でしたか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**⑤　現在飲んでいる薬はありますか？**

　□　いいえ

　□　はい

|  |  |
| --- | --- |
| 薬　　名 | 処方されている病院 |
|  |  |

**⑥　家族構成を下の表に記入してください**

**＜現在の同居家族＞**

**人　[　配偶者　・　子ども　　人　・　実父　・　実母　、　配偶者の父　・　配偶者の母　・その他　　　人]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 年齢 | 職業・所属など | 性格など |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**＜現在別居の実家族（ご自身の両親・きょうだい，進学・就職等で別居の子ども等）＞**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 年齢 |  | 現在の状況・職業・学校など |
|  |  | 別居（　　　　　市）　・　死去（　　年前） |  |
|  |  | 別居（　　　　　市）　・　死去（　　年前） |  |
|  |  | 別居（　　　　　市）　・　死去（　　年前） |  |
|  |  | 別居（　　　　　市）　・　死去（　　年前） |  |
|  |  | 別居（　　　　　市）　・　死去（　　年前） |  |

・家族に複雑な事情はありますか？

□ いいえ　　　　　□ はい　→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　・家族・親戚（おじ、おば、いとこくらいまで）に下記の病気の方はいますか？

□ 知的障害　□ 発達障害　　□ てんかん　 □ 精神疾患（　　　　　　　　　　　）　 □ 神経疾患（　　　　　　　　　　　　）

□ その他（ 　　　 ）

□　いません

1. **職歴（現職と教師になる前の職歴があれば記載して下さい）**

現　在：（　　　）歳　～　　　　　　　職業（　教　師　）学校名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□現職中　　□休職中

過去の職歴：

1. **ほかに伝えておきたいことがあれば自由にご記載ください**

|  |
| --- |
|  |

※問診票はここまでです。記入漏れがないかご確認ください。

国民健康保険飛騨市こどものこころクリニック

TEL:0577-57-7110　FAX:0577-57-7112　 E-mail：[kodomonokokoro@city.hida.gifu.jp](mailto:kodomonokokoro@city.hida.gifu.jp)

〒509-4221　岐阜県飛騨市古川町若宮２丁目１－60

【市役所の所管部署】

　 飛騨市　市民福祉部　地域包括ケア課　地域医療係　 住所：同上

TEL：0577-73-6233　FAX：0577-73-3604　 E-mail：[houkatsukea@city.hida.gifu.jp](mailto:houkatsukea@city.hida.gifu.jp)