

飛騨市こどものこころクリニック 問診票 (中学卒業以降の初診の方へ)

* 記載が難しい箇所は空欄のまま残してください

年 月 日記入

刀がナ 患者氏名 生年月日 (H. 年 月 日 生まれ)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	満年齢 歳	学校・所属組織 : <input type="checkbox"/> 学生 ・ <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> その他 ()
住所 (〒 -)			
記入者氏名 (続柄)		連絡先電話番号	

○ 今日相談したいこと、お困りのことは何ですか？

具体的にお書きください (いつ頃から、どのような症状があった・・・等)

○ 教育機関に在籍中の場合、現在の登校状況を教えてください

- 毎日出席
 遅刻・早退が多い
 時々休む
 保健室や別室へ登校
 不登校 (年生の頃から)

○ これまでに相談機関、学校、他の医療機関などに相談されたことはありますか？

- いいえ
 はい

いつ頃から
相談施設名
指導内容
その他 (検査を受けた場合は検査名、治療を受けた場合は具体的な治療内容など)

○家族構成についてご記入ください (亡くなられた方も記入してください)

_____人暮らし 同居している人→ 父、母、兄弟姉妹_____名、父方祖父、父方祖母、母方祖父、母方祖母、
その他 (_____)

父	健康・病気・別離(_____年 _____月~)		
	死亡(_____年 _____月原因 _____)		
生年月日 _____年 _____月 _____日(満 _____歳)			
出身地		最終 学歴	
職業		成績	上・中・下
父方 祖父	_____歳	健康・病気・死亡 会う頻度 : _____年・_____月・_____週 _____回	
父方 祖母	_____歳	健康・病気・死亡 会う頻度 : _____年・_____月・_____週 _____回	
きょうだい (歳)			
性格			

母	健康・病気・別離(_____年 _____月~)		
	死亡(_____年 _____月原因 _____)		
生年月日 _____年 _____月 _____日(満 _____歳)			
出身地		最終 学歴	
職業		成績	上・中・下
母方 祖父	_____歳	健康・病気・死亡 会う頻度 : _____年・_____月・_____週 _____回	
母方 祖母	_____歳	健康・病気・死亡 会う頻度 : _____年・_____月・_____週 _____回	
きょうだい (歳)			
性格			

兄弟姉妹 : 記入してください (亡くなられた方も記入してください) _____人兄弟 (本人は第_____子)

続柄	年齢(歳)	(年生)	職業・学校等	備考(性格等)

- ・家族に複雑な事情はありますか? はい (_____) いいえ
- ・家族・親戚にいとこ婚された方はいますか? はい いいえ
- ・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おみえですか?
 知的障害 発達障害 言葉の遅れ てんかん 精神疾患 (_____)
 神経疾患 (_____) その他 (_____)
 いません

○ご本人の性格についてお聞きします

	性格はどんなですか?	長所はどんなところ?	欠点はどんなところ?
自分から見て			
周りから見て			
得意なことや特技は なんですか?			
趣味は何ですか?			

○生まれてから、現在に至るまでのことを教えてください

■ 出産時の様子についておたずねします

・在胎週数	_____ 週	(<input type="checkbox"/> 安産	・	<input type="checkbox"/> 難産(内容)
・新生児仮死	<input type="checkbox"/> ない	・	<input type="checkbox"/> ある			
・出生時の状況	体重_____ g	身長_____ cm	頭囲_____ cm	胸囲_____ cm		
・保育器の使用	<input type="checkbox"/> ない	・	<input type="checkbox"/> ある (使用期間_____ 日)			
・黄疸の有無	<input type="checkbox"/> ない	・	<input type="checkbox"/> ある (光線治療を受けた期間_____ 日)			
・哺乳力	<input type="checkbox"/> 良好	・	<input type="checkbox"/> 普通	・	<input type="checkbox"/> 不良	

■ 0歳～2歳の様子についておたずねします

・首のすわり	(	_____	か月)	・おすわり	(	_____	か月)
・はいはい	(	_____	か月)	・ひとり歩き	(	_____	歳 _____ 月)
・始語	(	_____	歳 _____ 月)	・おむつはずれ	(	_____	歳 _____ 月)
・2語文	(	_____	歳 _____ 月)				
・0歳～2歳の間で気になった、または周囲から指摘されたことのある行動にチェックしてください							
<input type="checkbox"/>	人見知り(8～9か月)がなかった			<input type="checkbox"/>	後追いがなかった		
<input type="checkbox"/>	抱っこしていないと寝なかった			<input type="checkbox"/>	不機嫌でいることが多かった		
<input type="checkbox"/>	視線が合わなかった			<input type="checkbox"/>	名前を呼んでも振り向かなかった		
<input type="checkbox"/>	抱っこを嫌がったまたは抱きにくいと感じた						
<input type="checkbox"/>	その他、育てにくいと感じたことがある						
具体的な様子							
<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>							
・乳幼児健診(4か月/10か月/1歳6か月/3歳児健診等)で指摘されたことがありますか?							
<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ある				
いつの健診で何を指摘されましたか							
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>							

■ 幼児期についておたずねします

1)	幼稚園や保育園に通いましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	:(	_____	)	才から	園名:
2)	療育機関に通ったことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	:(	_____	)	才から	機関名:
3)	運動会や発表会など行事への参加の様子	<input type="checkbox"/> 問題なかった	<input type="checkbox"/> 参加できなかった	<input type="checkbox"/> 練習と本番とで様子が違った(具体的:	_____)		
4)	集団教育のなかで何か気になることはありましたか?							
	※例えば・友達が少ない、けんかが多い、ひとり遊び、先生の指示に従えない、トラブルなど	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	(いつ:	_____	)	どんな:	_____

■ 小学校期についておたずねします

1) 小学校について教えてください

学校名：

- 普通級 (通級学級利用 なし ・ あり 年生～) 支援学級
転校経験 : なし あり (時期)
習い事 : していない していた ()

2) 出席状況について教えてください

- 毎日出席 遅刻・早退が多い 時々休む 保健室・別室等への登校
 不登校 (年生の頃)

3) 集団教育のなかで何か気になることはありましたか？

- 小学校1～2年生 ない ある (どんな :)
小学校3～4年生 ない ある (どんな :)
小学校5～6年生 ない ある (どんな :)

■ 中学校期についておたずねします

1) 中学校について教えてください

学校名：

- 普通級 支援学級 転校経験 : なし あり (時期 :)
部活・習い事 : していない していた ()

2) 出席状況について教えてください

- 毎日出席 遅刻・早退が多い 時々休む 保健室・相談室等への登校
 不登校 (年生の頃)

3) 集団教育のなかで何か気になることはありましたか？

- 中学校1年生 ない ある (どんな :)
中学校2年生 ない ある (どんな :)
中学校3年生 ない ある (どんな :)

○ 中学校卒業以降についてご記入ください

() 高校 (公立 ・ 私立)
(全日制 ・ 定時制 ・ 通信制) 過程 () 科
在学中 ・ 休学中 ・ 中退 () 年時 ・ 卒業

その他の進学 () 学校
在学中 ・ 休学中 ・ 中退 () 年時 ・ 卒業

現職中 休職中

① () 歳頃 ～ () 歳頃まで 職業 () 会社名 ()
② () 歳頃 ～ () 歳頃まで 職業 () 会社名 ()

進学・就職していない

その他 ()

○中学校卒業以降で特に伝えておきたいことがあればご記入ください

○このほか特に伝えておきたいことがございましたら自由に記載してください

※問診票はここまでです お疲れさまでした

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.lg.jp

〒509-4221 岐阜県飛騨市古川町若宮 2 丁目 1-60

【市役所の管轄部署】

飛騨市 市民福祉部 地域包括ケア課地域医療係

TEL : 0577-73-6233 FAX : 0577-73-3604 E-mail : houkatsukea@city.hida.lg.jp