

飛騨市こどものこころクリニック

問診票（初診用）

* 記載が難しい箇所は空欄のままにしてください

令和 年 月 日記入

刀がナ 患者氏名 生年月日（ H. R. 年 月 日）	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	満年齢 歳	学校・園名： <input type="checkbox"/> 未満児 <input type="checkbox"/> 年少 <input type="checkbox"/> 年中 <input type="checkbox"/> 年長 <input type="checkbox"/> 小学校 年生 <input type="checkbox"/> 中学校 年生	学校 保育園
住所（〒 - ）				
記入者氏名 (続柄：)		連絡先電話番号		

① 今日の診察で相談したいこと、現在お困りのことは何ですか？

② 当クリニックにどのようなことを希望されていますか？※複数回答可

診断 検査 対応について 今後について 進学・支援級について

本人からの希望（ ）

その他（ ）

③ どのようにして当クリニックを知りましたか？

「受診を勧められた」等がございましたら経緯等をご記入ください

④ これまでに他機関に相談されたことはありますか？

いいえ

はい

いつ頃（期間があればいつからいつまで）

相談施設名（保健センター・保育園・療育機関・学校・医療機関・相談機関等の相談した機関の名前をご記入ください）

助言内容・実施した内容（リハビリ・療育内容・カウンセリング内容などもこちらにご記入ください）

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をご記入ください）

⑤ **ご本人の家族構成についてご記入ください** (亡くなられている場合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	生年月日 年 月 日(満 歳)		
	健康・病気・別離(年 月~) 死亡(年 月原因)		
性格			
出身地		最終 学歴	
職業		成績	上・中・下
父方 祖父	年齢： _____歳 健康・病気・死亡(年前) 会う頻度： _____回(週・月・年)		
父方 祖母	年齢： _____歳 健康・病気・死亡(年前) 会う頻度： _____回(週・月・年)		
父のきょう だい構成	父から見ての 兄弟姉妹(年齢) 、現在の 居住地		

母	生年月日 年 月 日(満 歳)		
	健康・病気・別離(年 月~) 死亡(年 月原因)		
性格			
出身地		最終 学歴	
職業		成績	上・中・下
母方 祖父	年齢： _____歳 健康・病気・死亡(年前) 会う頻度： _____回(週・月・年)		
母方 祖母	年齢： _____歳 健康・病気・死亡(年前) 会う頻度： _____回(週・月・年)		
母のきょう だい構成	母から見ての 兄弟姉妹(年齢) 、現在の 居住地		

⑥ **ご本人の兄弟姉妹** ※下の表に記入してください (亡くなられている場合も記入してください)

_____人兄弟(本人は第 _____子)

名前	続柄	生年月日	年齢	園・学校名(学年)	職業等	備考(性格等)

⑦ **ご本人のご家族・ご親戚について**

- ・家族に複雑な事情はありますか? 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いますか? いません
 - 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 (_____)
- ・家族で医療機関に受診されている方はいますか?
 - いません
 - います(誰: _____ どこに: _____ 受診のペース: _____)
- ・その他、家族のことで伝えておきたいことがあればご記入ください

⑮ 生まれてから、現在に至るまでのことを教えてください

(1) 出産時の様子について

・出生地	() 都・道・府・県 () 市・町・村
・在胎週数	____ 週 ____ 日 <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 難産だった場合：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

(2) 0歳～2歳の様子について

・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 () か月
・始語	() 歳 () か月	・おむつはずれ	() 歳 () か月
・2語文	() 歳 () か月		
・0歳～2歳に気になった、又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			
・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			

(3) 幼児期について

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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (いつ : _____ どんな : _____)

(4) 学習や勉強について教えてください 問題がある場合はどのような問題かご記入ください

得意・好きな教科		書字の問題	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
苦手・嫌いな教科		読字の問題	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
手先の器用さ	不器用 ・ 器用	計算の問題	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
運動神経	良い ・ 普通 ・ 悪い	視力・聴力の 問題	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
成績	小学校 1～2 年生 → 上 ・ 中の上 ・ 中 ・ 中の下 ・ 下 小学校 3～4 年生 → 上 ・ 中の上 ・ 中 ・ 中の下 ・ 下 小学校 5～6 年生 → 上 ・ 中の上 ・ 中 ・ 中の下 ・ 下 中学校 → 上 ・ 中の上 ・ 中 ・ 中の下 ・ 下		

(5) 小学校期について

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 している↓ (_____)

(月)： _____ (火)： _____ (水)： _____ (木)： _____ (金)： _____ (土)： _____ (日)： _____

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・適応指導教室への登校

不登校 (_____ 年生の頃)

3.学校生活について当てはまるものにチェックしてください (複数回答可)

忘れ物が多い 片づけや整理整頓ができない 授業中、無断で席を離れることがある

ぼーっとしていることがある 落ち着きがない 空気の読めない振る舞い、発言がある

一人でいることが多い 友達とのトラブルが多い いじめられたことがある

45 分間着席ができない 不器用である 野球やマット運動など運動が苦手だ

新学期など新しい場所や人に慣れるのに時間がかかる

その他・気になったこと・困っている事など (_____)

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) 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

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： _____)

(6) 中学校期について

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 している（ _____ ）
（ _____ 年生から _____ 年生まで _____ 部）

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・適応指導教室への登校

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？

（例）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

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： _____）

⑩ その他、特に伝えておきたいこと等がございましたら自由に記入してください

※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
〒509-4221 岐阜県飛騨市古川町若宮2丁目1-60
TEL:0577-57-7110 FAX:0577-57-7112
E-mail : kodomonokokoro@city.hida.lg.jp

【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
〒509-4221 岐阜県飛騨市古川町若宮2丁目1-60