

## 思春期外来問診票

記入者のお名前: ..... お子さんとの続柄:  父  母  その他( ..... )

患者さん本人の ..... 生年月日: 西暦 ..... 年 ..... 月 ..... 日  
( ..... 歳)

お名前 (フリガナ): ..... 性別:  男  女

わかる範囲内でご記入ください。

1. 今回の来院の理由は、どのような心配や問題のためでしょうか？

2. 心配や問題が始まった時期はいつ頃ですか？ ..... 年 ..... 月頃あるいは ..... 歳頃

きっかけとなるような出来事がありましたか？ もしあれば記入してください。

3. 当科に希望されることは何ですか？ (複数回答可)

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 相談したい       | <input type="checkbox"/> 薬物治療について相談・検討したい |
| <input type="checkbox"/> 検査や診断をしてほしい | <input type="checkbox"/> セカンドオピニオンを受けたい   |
| <input type="checkbox"/> 診断書を発行して欲しい | <input type="checkbox"/> その他              |

4. 上記の心配や問題のことで、これまでに相談機関、医療機関に相談したことはありますか？

年齢	どこで	そこで何と言われましたか？ (対応や助言、診断や治療など)
歳から 歳まで		
歳から 歳まで		
歳から 歳まで		

5. お母様の妊娠前・妊娠中の時のことについて教えてください。

- 特になし                       切迫流産                       妊娠高血圧症候群                       切迫早産  
 妊娠中の病気                       妊娠中の薬物使用                       アルコールの常用                       喫煙  
 その他(                      )

6. お子さんの出生時のことについて教えてください。

- 分娩場所 (                      )      在胎(                      )週(                      )日      体重(                      )g      身長(                      )cm  
 分娩異常       無       吸引・鉗子分娩       帝王切開       臍帯巻絡(首にへその緒が絡んでいた)       その他  
 出生時の異常       無       新生児仮死       酸素使用       保育器使用(                      )日  
 新生児黄疸       無       経過観察       光線療法       交換輸血

7. お子さん発達の様子について教えてください。

- 首のすわり (                      )ヶ月      寝返り (                      )ヶ月      お座り (                      )ヶ月      はいはい (                      )ヶ月  
 独り歩き (                      )ヶ月      始語 (                      )歳(                      )ヶ月      二語文を話す (                      )歳(                      )ヶ月

8. お子さんの生活面について教えてください。

- 睡眠                       良好       寝つきが悪い       途中で起きる  
 ミルクの飲み       良好       ムラがある       不良  
 離乳食                       良好       なかなか進まなかった       少食       食べムラがある       好き嫌いがある  
 食事                       良好       少食                       食べムラがある       好き嫌いがある

9. 健診のときに何か問題を指摘されましたか？あるいは困っていることを相談しましたか？

- 1 歳 6 ヶ月健診: .....  
 3 歳健診: .....

10. お子さんの健康について教えてください。

- 大きな病気をしたことがありますか？                       はい       いいえ  
 けいれんを起こしたことはありますか？                       はい       いいえ  
 頭部外傷を負ったことがありますか？                       はい       いいえ

11. 今までに発達検査(心理テスト)や脳波などの検査を受けたことがありますか？

コピーがあれば、初診の時にご持参ください。

歳	検査名
歳	検査名

12. お子さんが小さい頃の、以下の項目について教えてください。

「はい」または「いいえ」に○をしてください。覚えていない場合、わからない場合は「不明」に○をしてください。

	質問	はい	いいえ	不明
1	あやしても顔を見たり笑ったりしない。			
2	ほ乳が難しい。			
3	親の後追いをしない。			
4	名前を呼んでも声をかけても振り向かない。			
5	抱こうとしても抱かれる姿勢をとらない。			
6	視線が合わない。			
7	指さして興味のあるものを伝えない。			
8	2歳を過ぎてても言葉がほとんどでないか、2-3語出た後、会話に発展しない。			
9	見せたいものを持ってくることがない。			
10	遊び方が独特である。			
11	小さい頃から独り遊びができる。			
12	遊びに介入されることを嫌がる。			
13	ごっこ遊びをしない。			
14	ある動作、順序、遊びなどを繰り返したり、著しく執着したりする。			
15	落ち着きなく、手を離すとどこに行くかわからない。			
16	わけもなく突然笑い出したり、泣き叫んだりする。			
17	寝付きが悪い、夜寝る時間や起きる時間が不規則である。			
18	かんしゃくを起こしやすい。			
19	おねしょが続く、外でトイレに行けない、行かない。			
20	公園で他の子と遊ばない、仲良くできない。			

13. お子さんの教育環境について教えてください。

幼稚園・保育園	公立・私立	幼稚園・保育園・卒園	
小学校	公立・私立	小学校（ 年生）・卒業	成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下
中学校	公立・私立	中学校（ 年生）	成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下
<input type="checkbox"/> 普通学級（ <input type="checkbox"/> 補助教員） <input type="checkbox"/> 通級指導 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

部活動

習い事

14. お子さんの現在の保育園・幼稚園・学校での様子であてはまるものがあればチェックしてください。

- 保育園・幼稚園・学校に行きたがらない、行かない
- 集団行動が得意でない
- 対人関係がうまくいかない、友達ができない
- 学校でいじめられやすい
- 学校で暴力・暴言がひどい、級友をいじめてしまう
- 勉強が遅れ気味、授業についていけない
- 体の不調がよくある（具体的に \_\_\_\_\_ )

15. これまでに療育、あるいは何らかの支援制度(愛の手帳、移動支援など)を利用したことがありますか？

年齢		どこで
歳から	歳まで	
歳から	歳まで	

16. お子さんはどのような性格ですか？当てはまるもの全てにチェックしてください。

- 明るい             負けず嫌い         活発                 朗らか
- 粘り強い         気が短い         すぐに怒る         内気
- 活発             気が強い         すぐにくよくよする     その他

17. お子さんの得意なこと・特技があれば教えてください。

18. ご家族について教えてください。

**父**

氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳        居・単身赴任・別居・離婚・死別・その他

職業: \_\_\_\_\_

学歴: \_\_\_\_\_

持病: \_\_\_\_\_

**母**

氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳        居・単身赴任・別居・離婚・死別・その他

職業: \_\_\_\_\_

学歴: \_\_\_\_\_

持病: \_\_\_\_\_

**本人以外のお子さん**

名前	年齢	性別	学校または職業
1.		男・女	
2.		男・女	
3.		男・女	
4.		男・女	

同居されている方の人数を教えてください。(本人を含める) ( )人

同居している全ての人に○をつけてください。

父あるいは継父                      母あるいは継母                      兄弟姉妹( )人  
 父方(祖父・祖母)                      母方(祖父・祖母)                      その他( )

19. ご家族・ご親戚で精神科や神経科へ通院歴・入院歴のある方、  
 てんかんや知的障害のある方はいますか？                       いない  いる

⇒ 「いる」にチェックをした方は、下記にお答えください。

お子さんとの続柄: ..... 病名: .....  
 通院なし・通院していた・通院している・入院していた・入院している

お子さんとの続柄: ..... 病名: .....  
 通院なし・通院していた・通院している・入院していた・入院している

20. 当科受診をどちらで勧められましたか？当てはまるもの全てにチェックしてください。

- 学校からの紹介                       相談機関からの紹介                       他の医療機関からの紹介
- ご家族が調べて                       当院他科に通院している                       当科に兄弟・姉妹が通院している
- 知人に勧められて                       その他( )

**ご協力ありがとうございました。**