

問診票

(児童用) 記入日: 年 月 日 記入者名 (続柄)

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳 ヶ月
患者氏名		生年月日	年 月 日		
学校名 (園名)	園・小学校・中学校・高校	登校・ 登園状況	<input type="checkbox"/> 毎日出席 <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 保健室や適応教室へ登校 <input type="checkbox"/> 不登校(年の頃から)		
学年(組)	年 組				
学級	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 支援クラス(情緒・知的)				
月経	<input type="checkbox"/> 初経前 <input type="checkbox"/> 順調(初経: 歳) <input type="checkbox"/> 不順				

* 本日、相談したい症状やお困りのことは何ですか？

- 学校に行けない じっとしてられない 友達がうまくつけれない 勉強についていけない
 意欲がわからない 不安 感情が不安定 イライラ 興奮しやすい 生きているのが嫌になる
 お友達に暴力を振るう 人との関わりを避ける 過食 拒食 排泄の問題 食事の問題
 発達障害ではないか 自傷行為がある 発達検査希望 家族の相談
 何回も同じことを繰り返してしまう(手洗い、戸締り等)
 夜尿 チック 睡眠障害 感覚過敏 腹痛・頭痛 被害妄想 幻覚
 その他(具体的に)→

* それが始まったのはいつ頃ですか？ (年 月頃 または 歳頃)

* 上記のことで、クリニックや病院を受診したことはありますか？ (いいえ ・ はい)

医療機関名	受診日(年齢)	治療内容	相談内容
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	

* 上記のことで、発達支援センター等相談機関に相談したことはありますか？ (いいえ ・ はい)

相談機関名	受診日(年齢)	治療内容	相談内容
	年 月()	定期・不定期・1回だけ	

* 発達や知能の検査を受けたことがありますか？

ない・ある → 検査を受けた時期(年 月 または 歳頃) 検査名() 数値()

* 福祉手帳をお持ちですか

- 療育手帳(等級:) 精神障害者保健福祉手帳(等級:) 身体障害者手帳(等級:)
 特別児童扶養手当

* 本日の受診について、ご本人にどのように説明されましたか？

→

* 現在、飲んでいる薬はありますか？（いいえ・はい →内容:)

→薬の内容がわかるお薬手帳や薬剤情報提供書はお持ちですか？（いいえ・はい）

* 薬や食べ物にアレルギーはありますか？（いいえ・はい）

たまご 牛乳 小麦 そば 落花生 えび かに その他の食品()

薬(名称→)

* これまでに大きな病気や怪我、手術の経験はありますか？（いいえ・はい）

糖尿病(歳頃) 高血圧(歳頃) 心臓病【不整脈含む】(歳頃) 肝炎【治療済みも含む】(歳頃)

ぜんそく(歳頃) 結核【過去の治療・指摘含む】(歳頃) 熱性けいれんやひきつけ(歳 ヶ月頃)

てんかん(歳頃から) その他(具体的に:)

手術歴: なし あり →

* 生育歴に関する質問です。本日受診される患者様のことについてお聞かせください。

・出身地(県名・市名)はどこですか？()

出生時・乳幼児	
1) (お母さまの)妊娠中に気になることはありましたか？ (いいえ・はい →具体的に:)	
2) お子様の出生時の様子について (体重 g/在胎 週/ <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 仮死状態)	
3) 出産時、出産前後で気になることはありましたか？ (いいえ・はい →具体的に:)	
4) 1歳6ヶ月健診で指摘はありましたか？ (いいえ・はい →内容:)	
5) 3歳児健診で指摘はありましたか？ (いいえ・はい →内容:)	
6) 発達について (首がすわる____ヶ月/ひとり歩き____ヶ月/初めての言葉____ヶ月)	
7) 1~3歳くらいまでの様子で当てはまるものはありますか？ <input type="checkbox"/> 大人しく手がかからない <input type="checkbox"/> かんしゃくを起こしやすい <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい <input type="checkbox"/> 大きな音や声を怖がる <input type="checkbox"/> 外出先でよく迷子になる <input type="checkbox"/> 抱っこや手つなぎを嫌がる <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)	

幼児期

1) 保育園や幼稚園に通いましたか？(いいえ ・ はい →園名

2) 療育機関に通ったことがありますか？(いいえ ・ はい →機関名：

3) 園や集団の中で、どのような様子でしたか？

母(保護者)と離れにくい 新しい環境に慣れづらい 人見知り 活動を飛び出す 友達と積極的に遊ぶ
 友達に誘われれば遊ぶ 一人でいることが多い その他(具体的に：

4) 運動会や発表会などの行事の際の様子はどうでしたか？

問題なかった 参加できなかった 練習と本番で様子が違った →(具体的に：

5) 保育士や幼稚園教諭の先生からは、どのような子と言われていましたか？

→

6) どのような遊びが好きでしたか？

→

7) 3～6 歳くらいまでの様子で当てはまるものはありますか？

視線があわない 外出先でよく迷子になる 物や場所、衣類、順番にこだわりがある 落ち着きがない
 偏食 パニックやかんしゃくがひどい 音や臭いや感触などの感覚が敏感あるいは鈍感
 物を並べる遊びに没頭する 手先が不器用(ハサミやボタン) 興味のあることへの知識量がすごく多い
 指示に従いにくい 人見知りや場所見知りがある 急に泣いたり怒ったりする
 その他(具体的に：

小学校

1) 小学校について教えてください。(学校名：) / 転校経験： 有 無

公立小学校《 通常 通級学級 支援学級()年次より利用 》 私立小学校 特別支援学校
 その他(オルタナティブスクール等)

2) 出席状況はどうでしたか？

毎日出席 遅刻・早退が多い 時々休む 保健室・適応指導教室 不登校(年生頃)

3) 学校生活での様子で当てはまるものはありますか？

忘れ物が多い 片づけや整理整頓ができない 授業中に無断で席を離れる 落ち着きがない
 ぼーっとしていることがある 空気の読めないふるまいや発言がある 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 不器用 球技やマット運動などの運動が苦手
 新学期や新学年などの新しい場所や人に慣れるのに時間がかかる
 その他(具体的に：

4) 成績はどうでしたか？(上位 中位 下位)

5) 学習の中で極端に苦手なものはありましたか？

計算 音読 書字 作文 漢字 文章問題の理解 その他→(具体的に：

6) 学校の先生からは、どのような子と言われていましたか？

→

中学校	
1) 中学校について教えてください。(学校名: _____) / 転校経験: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 公立 《 <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 通級学級 <input type="checkbox"/> 支援学級(_____)年次より利用 》 <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> その他	
2) 出席状況はどうでしたか? <input type="checkbox"/> 毎日出席 <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 保健室・適応指導教室 <input type="checkbox"/> 不登校(_____ 年生頃)	
3) 学校生活での様子で当てはまるものはありますか? <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 物を失くす、物が見つからず探すことが多い <input type="checkbox"/> 授業中に無断で席を離れることがある <input type="checkbox"/> 運動が極端に苦手 <input type="checkbox"/> 集中力がない <input type="checkbox"/> 空気の読めないふるまいや発言をよくする <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 一人でいることが多い <input type="checkbox"/> 友人とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> 善悪の判断ができない <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)	
4) 成績はどうでしたか?(<input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 下位)	
5) 得意科目と苦手な科目を教えてください。(得意: _____ / 苦手: _____)	
6) 部活動に入部していますか?(いいえ ・ はい →部活名: _____)	
7) 学校の先生からは、どのような子と言われていましたか? → _____	

高校生	
1) 高校について教えてください。(学校名: _____) / 転校経験: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> その他(通信制など)	
2) 出席状況はどうでしたか? <input type="checkbox"/> 毎日出席 <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 保健室・適応指導教室 <input type="checkbox"/> 不登校(_____ 年生頃)	
3) 学校生活での様子で当てはまるものはありますか? <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 物を失くす、物が見つからず探すことが多い <input type="checkbox"/> 授業中に無断で席を離れることがある <input type="checkbox"/> 運動が極端に苦手 <input type="checkbox"/> 集中力がない <input type="checkbox"/> 空気の読めないふるまいや発言をよくする <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 一人でいることが多い <input type="checkbox"/> 友人とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> 善悪の判断ができない <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)	
4) 成績はどうでしたか?(<input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 中位 <input type="checkbox"/> 下位)	
5) 得意科目と苦手な科目を教えてください。(得意: _____ / 苦手: _____)	
6) 部活動に入部していますか?(いいえ ・ はい →部活名: _____)	
7) 学校の先生からは、どのような子と言われていましたか? → _____	

* 学習面で特に困っていることがあれば教えてください

--

* 日常生活の能力が現在どの程度かお聞きします。当て嵌まるところに○をつけてください

食事(全介助・半介助・自立)	入浴(全介助・半介助・自立)
洗面(全介助・半介助・自立)	危険物(全くわからない・特定の物、場所は分かる ・だいたい分かる)
排泄(おむつ必要・おむつ不要・全介助・半介助・自立)	睡眠(夜眠らず騒ぐ・時々不眠・寝ぼける・問題なし)
衣服(脱げない・着られない・ボタン不能・自立)	金銭管理(全介助・半介助・自立)
自立や問題なし以外の項目に○をつけた方は、内容を具体的に教えてください	
お子様の性格:	

* 当院受診をどちらで勧められましたか？(複数回答可)

- ・ 当院ホームページ
- ・ 他院などからの紹介 (施設名)
- ・ インターネット検索 (Google、ヤフー、その他)
- ・ 知人の紹介 [当院の患者様・患者様のご家族・職員・その他] (ご紹介者のお名前)
- ・ 公共機関 [名称 :]

※ご記入ありがとうございました。診察前に同居者などの家族図をお尋ねいたします。