

# 児童思春期問診票

社会医療法人 緑峰会 ぎふストレスケアクリニック

記載日：令和 年 月 日

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 記載者氏名 |                     |
| 続柄    | 本人・父・母・祖父・祖母・その他（ ） |

|       |      |                              |                           |                  |
|-------|------|------------------------------|---------------------------|------------------|
| 受診者   | ふりがな |                              | 性別                        | (男・女)            |
|       | 氏名   |                              |                           |                  |
|       | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 ( ) 歳            |                           |                  |
|       | 住所   | 〒 - (※アパート・マンション名まで記載してください) |                           |                  |
| 被保険者名 |      | (健康保険証の直接加入者)                | 被保険者からの<br>あなたの続柄         | ・本人<br>・家族(続柄： ) |
| 連絡先   | 第1   | - -                          | ★携帯の場合⇒所有者【本人・父・母・その他( )】 |                  |
|       | 第2   | - -                          | ★携帯の場合⇒所有者【本人・父・母・その他( )】 |                  |

①どのように当院のことをお知りになりましたか。○で囲ってください。

|     |   |
|-----|---|
| 紹介  | ・病院等からの紹介(病院名： _____ 科)<br>◆紹介状(有・無)                  |
|     | ・( )保健所、福祉事務所、療育センター、幼稚園・保育園、<br>学校、教育相談所、児童相談所、知人、友人 |
| その他 | ・家族が当院を利用していた ・当院を利用している人からの紹介                        |
|     | ・インターネット ・新聞 ・雑誌や本<br>・その他( )                         |

②現在服用中のお薬はありますか。分かる範囲でお答えください。

|        |
|--------|
| ・有 ( ) |
| ・無     |

③来院されたのはどのような心配や問題のためでしょうか。詳細は診察時にお伺いしますので、一番の心配事や困っていることについて簡単に記載してください。

|  |
|--|
|  |
|--|

④心配や問題が始まったのはいつ頃でしょうか。

|                           |
|---------------------------|
| _____年 _____月頃 ( _____歳頃) |
|---------------------------|

⑤きっかけになるような出来事や、その頃の様子を簡単に記載してください。

|  |
|--|
|  |
|--|

⑥今までに相談機関に相談されたことはありますか。

|                              |
|------------------------------|
| ・有 (いつ頃： _____) (どこで： _____) |
| ・無                           |

★裏面もご記入ください。

⑦今までに医療機関で治療を受けたことはありますか。

- ・有 (いつ頃: \_\_\_\_\_) (どこで: \_\_\_\_\_)
- ・無

⑧当院において希望するものを○で囲ってください。

- ・診断
- ・検査 (心理検査・血液検査など)
- ・お薬での治療
- ・学校のことを相談したい
- ・セカンドオピニオン
- ・その他 (具体的に \_\_\_\_\_)
- ・お話での治療 (カウンセリング)
- ・家族としての接し方を教えて欲しい
- ・家族教室
- ・診断書の交付
- ・集団療法

⑨通所施設、療育センター、保健所等を利用したことがありますか。

- ・有 ( \_\_\_\_\_ 年 ( \_\_\_\_\_ ) 歳 ~ \_\_\_\_\_ 年 ( \_\_\_\_\_ ) 歳まで )  
( \_\_\_\_\_ 年 ( \_\_\_\_\_ ) 歳 ~ \_\_\_\_\_ 年 ( \_\_\_\_\_ ) 歳まで )
- ・無

⑩通園、通学校名を記載してください。

- ・( \_\_\_\_\_ 保育園)
- ・( \_\_\_\_\_ 幼稚園)
- ・( \_\_\_\_\_ 小学校)
- ・( \_\_\_\_\_ 中学校)
- ・( \_\_\_\_\_ 高等学校)
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑪母親の妊娠中の状態について○で囲ってください。

- ・妊娠中毒症
- ・切迫流産
- ・早産
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑫出産状態を記載してください。

- ・在胎週数 ( \_\_\_\_\_ ) 週 ( \_\_\_\_\_ ) 日、予定より ( \_\_\_\_\_ ) 日 (早かった・遅かった)
- ・体重 ( \_\_\_\_\_ ) g
- ・身長 ( \_\_\_\_\_ ) cm
- ・正常分娩 (頭位分娩)、逆子分娩 (骨盤位分娩)、自然分娩、鉗子分娩  
吸引分娩、帝王切開
- ・新生児仮死 (有・無)
- ・黄疸 (普通・強かった)
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑬発達の様子を記載してください。

- ・首のすわり ( \_\_\_\_\_ ) ヶ月
- ・おすわり ( \_\_\_\_\_ ) ヶ月
- ・伝い歩き ( \_\_\_\_\_ ) ヶ月
- ・独り歩き ( \_\_\_\_\_ ) ヶ月

⑭下記のような病気になったことはありますか。

- ・熱性けいれん (有・無) ( \_\_\_\_\_ 歳)
- ・てんかん (有・無) ( \_\_\_\_\_ 歳)
- ・頭部外傷 (有・無) ( \_\_\_\_\_ 歳)
- ・自家中毒、周期性嘔吐 (有・無) ( \_\_\_\_\_ 歳)
- ・溶連菌感染症 (有・無) ( \_\_\_\_\_ 歳)

⑮今までにかかった大きな病気やケガはありますか。

- ・有 (病名 \_\_\_\_\_) ( \_\_\_\_\_ 歳) 【入院】(有・無)
- ・無

ご協力ありがとうございました。