

こども心療科外来 問診票

記入日：令和 年 月 日（ ）

診察の補助資料とするため、お手数ですが、以下の項目（計3ページ）にご記入下さい。
わからない点や書きにくい点はそのままで結構です。記入して頂いた内容をもとに、スタッフからより詳しくお話をうかがわせて頂きながら、ご相談したいことについて一緒に考えていきます。

お子さまのお名前： _____ ふりがな： _____ 性別：男・女

生年月日：平成 年 月 日 年齢： _____ 歳

園・学校・施設名： _____ 学年： _____ 年生

一緒に来院された方の氏名： _____ 続柄： _____

①今回、来院された理由は何ですか？最も気になっていることは何ですか？

② ①で記入されたことは、いつ頃から気になりましたか？

③診察にあたり、希望されることはありますか？ あてはまるものに○をつけて下さい(複数可)

定期的を受診したい / 診断を知りたい / 診断書の発行 / 学校や 役所等へ提出する書類がある
子どもの前で私自身が相談するのを控えたい / 園・学校の人と話し合う場を持ってほしい

その他

④これまでにお子さまのことで相談機関や医療機関を利用したこと、診断を受けたことはありますか？もしあれば、それはいつ頃ですか？

相談先： _____ 相談時期： _____

診断名： _____ 診断時期： _____

<家族構成>

続柄	年齢	同居の有無／健康状態	職業・所属(学校など)
父		同居・別居・離婚・死去・健康・通院中	
母		同居・別居・離婚・死去・健康・通院中	
兄弟姉妹		同居・別居・死去・健康・通院中	
		同居・別居・死去・健康・通院中	
		同居・別居・死去・健康・通院中	
		同居・別居・死去・健康・通院中	
		同居・別居・死去・健康・通院中	
その他	祖父 祖母		

<現在のお子さまの生活の様子について>

①食事

良好 / 小食 / 食べ過ぎる / 偏食(苦手なもの) / 食物アレルギー()
その他:

②睡眠

睡眠時間(時 ~ 時 昼寝:)
良好 / 睡眠のリズムが不規則 / 寝つくのが遅い / 朝早く目が覚めている
その他:

③トイレ

一人できる / いくらか手助けが必要 / オムツ使用 / 夜間のみオムツ使用
その他:

④好きな遊び・活動・モノ

⑤苦手なこと

<妊娠中のお母さまの状態について> あてはまるものに○をつけて下さい(複数可)

健康 / 切迫早産 / 妊娠中毒症 / 感染症() / アルコールの常用 / 喫煙 / 薬の服用
その他()

