

思春期外来問診表

令和 年 月 日

患者さんのお名前

生年月日 年 月 日(才)

◆ 当院受診に患者さんは納得していますか はい いいえ

◆ 現在困っていること(相談したいこと)は何ですか。

患者さんの困っていること

ご家族の困っていること

◆ 今まで他の病院・相談機関で治療を受けたことや相談したことがありますか。

① 相談歴(児童相談所、教育相談、福祉事務所、その他)

なし あり()

② 受診歴(時期及び診療機関名)

精神科外来受診歴 なし あり()

精神科入院歴 なし あり()

精神科以外の外来受診歴 なし あり()

精神科以外の入院歴 なし あり()

◆ 当院受診を誰かに勧められましたか

◆ 家族歴(年齢、職業、死因など) 再婚された場合は、実父母か継父母かをご記入ください。

	祖父母	父母(兄弟姉妹含む)	兄弟姉妹(本人含む) 流死産含
父 方	祖父	父の兄弟姉妹(父も含め)	
	祖母		
母 方	祖父	母の兄弟姉妹(母も含め)	
	祖母		

* 内容が複雑な場合は診察の際に
直接主治医にお伝え下さい

◆ 遺伝負因: ☐自閉症 ☐ADHD ☐知的障害 ☐てんかん ☐統合失調症

☐躁うつ病 ☐アルコール依存 ☐自殺 その他()

◆ 血族結婚 : なし あり (いとこ、その他)

発育史

出産時の両親の年齢 : 父 歳 母 歳

[胎生時] 母体異常 : ☐なし ☐あり()
胎児の状況 : ☐順調 ☐異常()

[周生期] 娩出位 : ☐頭位 ☐骨盤位 ☐横位 他()
娩出異常 : ☐帝王切開 ☐吸引 ☐鉗子

[新生児期] 在胎 : 週
出生時 : 体重 g 身長 cm 胸囲 cm 頭位 cm
仮死 : Apgar score 点 ☐呼吸困難 ☐チアノーゼ
哺育器使用 : あり なし 酸素使用 : あり なし 黄疸 : 普通 強め

[乳幼児期] (1歳～3歳の時の様子)

【運動発達の遅れ】 なし・あり ()

定頸(首がすわる) : (月) はいはい : (月) 座る : (月)

つたい歩き : (月) つかまり立ち : (月) 始歩(初めて自分で歩く) : (月)

利き手 : 右 左 決まっていない

【言葉の遅れ】 なし・あり ()

始語 (月:内容)

二語文 (月) 会話 (月)

【栄養】 ☐母乳 ☐混合 ☐ミルク

離乳開始(歳) 離乳終了(歳)

【オムツの取れた時期】 歳 月

【問題行動の有無】 なし・あり ()

☐多動(落ち着きのなさ) ☐反応の乏しさ(あやしても笑わないなど)

☐こだわり(針金や硬いものなど奇妙なものへのこだわりなど)

【癖・習慣】 なし・あり ()

☐指しゃぶり ☐爪かみ ☐性器いじり ☐偏食

☐どもり ☐おねしょ ☐おもらし ☐睡眠障害

【予防接種】

☐三種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風) ☐MMR(新三種混合)(麻疹・風疹・ムンプス)

☐ツベルクリン反応(陰性・陽性・偽陽性) ☐ムンプス ☐ポリオ ☐麻疹 ☐風疹

☐HB(B型肝炎ワクチン) ☐BCG ☐その他()

[保育園・幼稚園の時期] ※保育園・幼稚園など登園していない時のひとりで遊んでいる様子

遊び相手

主な遊びの内容

遊んでいた時の様子

[小学校・中学校以降] : 二次性徴 _____ 歳 _____ ヶ月

【男子】 声変わり (_____ 歳) 【女子】 初経 (_____ 歳)

【性格】 _____

【興味・関心】 _____

【既往歴】

☐ 高熱疾患 ☐ 脳炎 ☐ 髄膜炎 ☐ 喘息 ☐ けいれん(有熱 無熱)

☐ アトピー性皮膚炎 ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ アレルギー疾患(その他 _____)

☐ 外傷(_____) ☐ その他(_____)

生活歴

◆ 生育地(転居など) _____

◆ 教育歴(保育期から) _____

◆ 学業成績及び行動(通知表など学校の評価)

学業成績: 上 ・ 中 ・ 下 得意な科目 _____ 不得意な科目 _____

部活動他: _____

友達との関係: _____

学校、教師との関係: _____

◆ 養育者 ☐ 両親 ☐ 母のみ ☐ 父のみ ☐ 祖父母 その他(_____)

◆ 両親の婚姻状況 ☐ 婚姻継続 ☐ 離婚 ☐ 別居 ☐ 内縁 ☐ 死別

◆ 両親の最終学歴

父 : 中 高 大 その他(_____)

母 : 中 高 大 その他(_____)

◆ 両親の性格、養育態度、その他の精神医学的問題 (精神科の通院歴や自殺など)

◆ 兄弟姉妹との問題 _____

◆ 生活環境

住宅 : 一戸建て アパート その他(_____)

経済状態 : ゆたか ふつう 厳しい 生活保護

宗教 : _____

本日一緒に来た方 _____

記入した方のお名前 _____ (患者さんとの関係: _____)