|  |
| --- |
| あなたの　　　　　　　　　　　　　　　　　　と　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| このにたのはどうしてですか？：いることがある、こられた、よくわからない |
| でいることはありますか？それはどんなことですか？：、する、、がない |
| でいることはありますか？それはどんなことですか？：のこと、のこと、のこと |
| ほかにいることなことなどあればにください。 |

思春期外来問診票 保護者用 　 　　令和　　　　　年　　　　月　　　　日

◆患者さんのお名前　　　　　　　　　　　　　　　◆生年月日　　　 年　　 月　 　日 (　　　才)

◆現在の学年　　　　　　　　　　　　　　　　　　◆現在の登校状況

◆記入した方のお名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　(本人との続柄)

◆マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証の利用)による情報取得に同意しますか

　　□同意しない　□同意する

◆他の医療機関からの紹介状はありますか：　　□ない　　　　□ある

◆ 現在、ご家族が心配していることはどのようなものですか

◆ 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受診歴(時期及び診療機関名)

□なし　　　□あり(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

②相談歴(児童相談所、市役所、教育相談、福祉事務所、その他)

□なし　　　□あり(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

◆治療中の病気、持病、手術歴：

◆現在内服している薬：

◆アレルギー：

◆現在利用しているサービス等：放課後デイ、ショートステイ等

家庭の状況

◆両親について

①□実父　□継父　名前　　　　　　　　　　　　　　生年月日(年齢)

仕事　　　　　　　　　　　　　　最終学歴

②□実母　□継母　名前　　　　　　　　　　　　　　生年月日(年齢)

仕事　　　　　　　　　　　　　　最終学歴

◆主な養育者：□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

◆兄弟姉妹との関係：□良好　□不仲(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

◆その他、家庭で気になること：

◆生活環境

①住宅：□一戸建て　□アパート　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　)

②経済状態：□ゆたか　□ふつう　□厳しい　□生活保護

③宗教：

家族について (年齢、職業、居住地、死因など) ※同居者には丸をつけてください

例: 姉　○歳　大学生　東京　うつ病

　 　○歳　高校生　同居

　 本人 ○歳

　 　○歳　中学生　同居

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 祖父母 | 父母兄弟 | 兄弟姉妹(本人含む) |
| 父方 | 祖父 | 父の兄弟例：伯父(父の兄) 〇歳　会社員　○市 〇歳　同居　統合失調症 |  |
| 祖母 |
| 母方 | 祖父 | 母の兄弟 |
| 祖母 |

◆本人の血縁関係で次の疾患のある方

□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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

発育・生活史

◆出生地：　　　　　　県　　　　　　市　　　　◆現住所：　　　　　　市

◆転居の経過：

◆出産時の両親の年齢：父　　　　　歳　　　母　　　　　歳

◆生まれてからの経過

①妊娠中～新生児期

【妊娠中の問題の指摘】　　□なし　□あり(　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

【在胎期間】　　　　　　週　　　日

【分娩方法】　　　□正常分娩 □帝王切開 □吸引分娩 □鉗子分娩

【出生体重】　　　　　　　　　ｇ

　　　【Apgar Score】 　　　　　　　点

　　【出生時の異常】　□なし □あり(哺育器、酸素投与、黄疸等　　　　　　 　　　　　　　　　　 　)

②乳幼児期

【言葉の遅れ】　　□なし　□あり(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　)

　　　　・始語　　　　　　：　　歳　　ヶ月　内容(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

・二語文　　　　　：　　歳　　ヶ月

発育・生活史(続き

【運動の遅れ】　　□なし　□あり(＿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

・定頚(首がすわる)：　　　　ヶ月　　　　　・一人座り　　　　：　　　　ヶ月

・寝返り　　　　　：　　　　ヶ月　　　　　・つかまり立ち　　：　　　　ヶ月

・はいはい　　　　：　　　　ヶ月　　　　　・始歩(歩きはじめ)：　　　　ヶ月

【子供の行動】

□呼んでも反応しない　□あやしても笑わない　□感覚過敏　□ごっこ遊びがない

□偏食がある　□物へのこだわり　□落ち着きがない　□忘れ物、なくしものが多い

□順番が待てない　□見ていないとすぐに迷子になる

□その他、育てにくさ等(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

【保育園・幼稚園の様子】

・遊び相手(兄弟、友達等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　)

・主な遊びの内容(おままごと、鬼ごっこ等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

楽しそう、すぐに飽きる、喧嘩になる等

・遊んでいた時の様子(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

③小学校時代　　小学校名(転校歴)：　　　　　　　　　　　　　　小学校

【女子の場合】初経：　　　　　歳　　　月経　□順調　□不順(詳細：　 　　　　　　　　 )

　　　【性格】

【好きなこと・よくやっていること】

【成績】□上　□中　□下　得意科目：　　　　　　　　　　　苦手科目：

【部活動、習い事、塾等】

【友達との関係】

【学校、教師との関係】

【不登校】□なし　□あり（時期：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　）

④中学校時代　　中学校名(転校歴)：　　　　　　　　　　　　　　中学校

【性格】

【好きなこと・よくやっていること】

【成績】□上　□中　□下　得意科目：　　　　　　　　　　　苦手科目：

【部活動、習い事、塾等】

【友達との関係】

【学校、教師との関係】

【不登校】□なし　□あり（時期：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

精神科・児童精神科・心療内科・神経内科

**診　察　申　込　書**年　　　　　　月　　　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **男****・****女** | **（生年月日）****昭和****平成　　　　 年　　　 月　　 　日生****令和** |
| **患者氏名** |  |
| **現住所** | **〒　　　　　　　　　－****県　都　道　府****連絡先① ：　　　　　　　　（　　　　　　　　）****連絡先② ：　　　　　　　　（　　　　　　　　）** |
| **患者さま以外****の****緊急連絡先** | **フリガナ ：** | **続柄 ：** |
| **氏　　名 ：** |
| **連絡先① ：　　　　　　　　　（　　　　　　　　）** |
| **連絡先② ：　　　　　　　　　（　　　　　　　　）** |
| （該当者のみ）施設名等 | 施設名称 ： |
| 所在地　　： 〒　　　　　　　　　－　　　　　　　県　都　道　府 |
| 電話番号 ：　　　　　　　　（　　　　　　　　） |
| 備考 |  |