

児童精神科問診票

記入日： 年 月 日 カルテ No.

ふりがな	男	身長・体重が不明の場合は院内の計測器をご利用ください。	
氏名	・	身長	cm
愛称	女	体重	kg

◇以下の質問にお答えください。該当する□にレ印を、また_____に必要事項をご記入ください。

1.ご家族のなかで当クリニックを受診されたかたはいますか？

無 有→氏名 _____ 続柄： _____

2.今までに利用された医療・相談機関があれば、機関名、受診理由を以下にお書きください。

精神科治療歴・相談歴（児童相談所・療育センター等も含む）

治療歴		診断名	クリニック・相談機関名
年 月～	年 月（ 歳）		通院・入院
年 月～	年 月（ 歳）		通院・入院
年 月～	年 月（ 歳）		通院・入院
既往歴(精神科以外)			
年 月～	年 月（ 歳）		通院・入院
年 月～	年 月（ 歳）		通院・入院
年 月～	年 月（ 歳）		通院・入院

3.今までに薬や食べ物によるアレルギーを起こしたことがありますか？

無 有→ _____

4.現在服用中の薬はありますか？(処方薬、市販薬問わず)

無 有→ _____

5.妊娠中・分娩・産後、それぞれの経過について教えてください。

切迫流産・早産 無 有 治療経過(入院含む) _____

妊娠中毒症 無 有 治療経過(入院含む) _____

分娩経過 正常 異常(吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開・早産・その他 _____)

妊娠週数 _____週 _____日 出生時体重 _____g

産後の経過 母 _____異常なし・その他(_____)

児 _____異常なし・その他(_____)

6.発達について、わかる範囲でお答えください。

首のすわり _____ヶ月 寝返り _____ヶ月 お座り _____ヶ月 ハイハイ _____ヶ月

つたい歩き _____才 _____ヶ月 歩き初め _____才 _____ヶ月 一語文 _____才 _____ヶ月 二語文 _____才 _____ヶ月

トイレトレーニング 問題なし・その他(_____)

7.健診についてお答えください。何か問題がありましたか？

1歳6ヶ月健診 無 有(_____)

3歳児健診 無 有(_____)

8.今までにかかった感染症についてお答えください。

麻疹(はしか) 風疹 みずぼうそう おたふく風邪 その他

9.実施した予防接種についてお答えください。

- BCG 三種混合 四種混合 MR(麻疹・風疹) みずぼうそう おたふくかぜ
日本脳炎 ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 ロタ ポリオ(生) 二種混合

10.現在の状況についてお答えください。右欄には1日の生活の様子をお書きください。

食行動	生活の様子	記入例
食事回数 回/日 食行動上の問題 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 過食嘔吐 その他 好き嫌い 多い・少ない 摂取量 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い	6時	7時 起床 朝食、身支度 8時 学校へ
<睡眠> 睡眠時間 時間/日 睡眠問題 <input type="checkbox"/> 入眠困難 <input type="checkbox"/> 途中覚醒 <input type="checkbox"/> 早朝覚醒 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 夜泣き	12時	
<排泄> 排便 回/日(下痢・便秘) 夜尿 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <月経> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(順・不順 初潮 才	18時	16時 帰宅 習い事など (水泳週2回) 19時 家族と夕食 20時 テレビ・ゲーム 22時 就寝
妊娠経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <活動> 利き手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 チック <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 強迫行動 飲酒 /日 才~ 喫煙 /日 才~	24時	

11.学籍状況についてお答えください。(具体的な名称もお答えください。)

保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校 年生
 普通級・通級・個別級

休学 年 月~ 退学 年 月
 出席状況 ()
 学校での成績 良い 普通 悪い
 学校での問題 なし あり ()

12.公共交通機関を利用した場合の当院までの通院経路を教えてください。

自宅→ →クリニックおおた(所要時間: 時間 分)

14.これだけは伝えておきたいことなどありましたら、お書きください。

記入者:本人・母・父・その他()