

問診票(保護者の方へ)

記入者のお名前 ( ) お子様との続柄 ( )

\* 診察前にお答えいただける範囲で結構ですので、ご記入をお願いいたします。(選択肢には○をつけてください)

お子様のお名前 ( ) 歳) 学校名・幼稚園名 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_

1) 今回のお子様のご相談内容について簡単にお書き下さい。

2) これまでにどのように対処されてきましたか。どこかに相談・受診などしたことがあればご記入ください。

3) どなたから当院の受診をすすめられましたか？

4) 妊娠・出産から1～2歳頃までの様子について

\* 出産は妊娠 ( ) 週)、出生時体重 ( ) g) で (普通分娩/吸引分娩/帝王切開)

妊娠・出産時に何かトラブルがありましたか？(なし/あり; ありの場合→ )

\* 発達について (1歳半健診の指摘 あり・なし / 3歳時健診の指摘 あり・なし)

首のすわり ( ) カ月)、ひとり歩き ( ) 歳 ) カ月)、

初めての言葉 ( ) 歳 ) カ月; その内容→ )、二語文 ( ) 歳 ) カ月; その内容→ )

\* 1～2歳頃まではどのような子どもでしたか？(複数回答可)

(母乳・ミルクの飲みが悪かった/吐きやすかった/おとなしかった/かんしゃくをよく起こした/人見知りしなかった/過敏だった/夜泣きが強かった/その他 )

\* 育児に手がかかって大変でしたか？(いいえ/はい; はいの場合→ )

5) 保育園や幼稚園の頃の様子について ( ) 年保育 \_\_\_\_\_ 幼稚園・保育園 )

\* まわりの人たちになじみやすい子でしたか？(はい/いいえ)

\* 保育士さんなどからの評価はいかがでしたか？( )

\* どんな遊びが好きでしたか？( )

6) 学校での様子について (小学生以上の方)

\* 友達とのつきあいはいかがでしたか (少ない/普通/多い/他 )

\* 出席状況は(毎日出席/遅刻・早退が多い/時々欠席(週 1-2 回以下)/不登校(週 3 回以上)/保健室・相談室を利用/適応教室・フリースクール等を利用)

\* 成績 (上位/中位/下位) 得意な学科 ( ) 不得意な学科 ( )

\* 部活 ( ) 習い事・塾 ( ) 趣味 ( )

\*裏面もあります。

7) 身体面について

- \* (女子について) 初潮 (なし/あり ( ) 年生 ( ) 月 月経 (順調/不順)
- \* けいれん (ない/あり-熱のでた時/熱のない時 回、初回は 歳)
- \* アレルギー (ない/あり-くすり/気管支喘息/アトピー性皮膚炎/他 ( ) )
- \* 直近のインフルエンザワクチン接種 (なし/あり; 時期→ ( ) ) / 子宮頸がんワクチン接種 (なし/あり; 時期→ ( ) )
- \* 入院を要する病気やケガもしくは定期的に服薬を要するような病気 (ない/あり; ありの場合詳細を以下にお願いします。)

8) 性格や行動面について

- \* 本来の性格は (複数回答可)  
(内気/社交的/消極的/積極的/人なつこい/なつきにくい/内弁慶/根気がない/我慢強い/泣き虫/  
温厚/怒りっぽい/ききわけがよい/ききわけがない/まじめ/頑固/自己中心的/気分のむらが激しい/  
落ち着きがない/他人に合わせる/マイペース/几帳面/おおざっぱ/他 )
- \* 器用さはいかがでしたか (器用/普通/不器用)
- \* 利き手は (右/左/両方)
- \* くせやこだわりはありましたか (なし/あり)  
ありの場合; どんなくせやこだわりですか ( )

9) 転居や転校はありましたか (なかった/あった-いつですか ( ) )

10) 家庭について

- \* 家庭内の雰囲気は  
(普通/静か/にぎやか/暖かい/複雑 ( ) )
- \* ご家族の間で子育てに関して意見の違い ( )
- \* ご家族やご親戚の身体的なご病気 (例、父: 糖尿病 ( ) )
- \* ご家族やご親戚の精神的な疾患 (例、祖母: うつ病 ( ) )

11) 家族構成について

- 父: 歳 ( ) 人中 ( ) 番目 性格 ( ) 学歴 ( 卒 ) 職業 ( )
- 母: 歳 ( ) 人中 ( ) 番目 性格 ( ) 学歴 ( 卒 ) 職業 ( )
- 兄弟・姉妹:

1. 歳 (男・女) 性格 ( )
2. 歳 (男・女) 性格 ( )
3. 歳 (男・女) 性格 ( )

- \* 他に同居の方があれば記載ください ( )

12) 既に福祉制度 (障害者自立支援法、療育手帳など) をご利用でしたらお書きください。

13) お子様、保護者の方以外に病状についてお話ししてもよろしい方はいらっしゃいますか?  
( )

14) ドナーカード (臓器提供意志表示カード) はお持ちですか (なし/あり)

15) その他診療に際して配慮を希望されることがありましたらお書きください。

16) マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか (はい/いいえ)

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いたします。

緊急連絡先: \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました。