発達障害専門外来（児童思春期外来）問診票　記入日：西暦　　年　　月　　日

保護者の方、同伴の方が、分かる範囲でご記入ください。

お子さんの氏名（ふりがな）	生年月日 年　月　日 （　　歳）	性別 男 女	所属（園・学校名・学年）
連絡先 住所　　：〒 電話番号：　　（　　）			
ご相談者 氏名：　　ご関係：			

1．今、困っていること・ご心配なことをご記入ください

2．それはいつ頃からはじまりましたか

・1 か月以内　　・数か月前　　・半年から 1 年前　　・1 年以上前　　・わからない

3．きっかけとなる出来事などがあればご記入ください

4．本日の受診について、お子さんにどのように説明されましたか

5．最近の様子について、あてはまるものに〇をつけて、ご記入ください

・元気がない　・不安・緊張が強い　・イライラしやすい　・気持ちの波が大きい
・落着きがない　・忘れ物が多い　・不注意・ミスが多い　・ルールが守れない
・友達と関われない　・言葉で伝えるのが苦手　・こだわりが強い　・大きな音が苦手
・癇癪を起す　・暴言・暴力がある
・頭痛や腹痛などを訴える　・寝つけない　・朝起きられない　・食欲がない　・夜尿がある
・登校しぶり　・不登校　・学習の遅れ　・授業に集中できない　・いじめ　・友人トラブル
・その他（　　）

6．これまでの発育について、あてはまるものに〇をつけて、ご記入ください

①妊娠・出産・乳幼児期
・特に問題なし
・気になったこと（　　）

②歩き始め・言葉の遅れ
・なし
・あり（　　）

③乳幼児期の健診などで受けた指導があれば教えてください
・なし
・あり（　　）

④保育園や学校で先生より相談や指導があれば教えてください
・なし
・あり（　　）

⑤現在、発育や療育に関わる支援を受けていますか
・なし
・特別支援学級　・スクールカウンセラー　・保健室登校　・放課後等デイサービス
・フリースクール
・その他（　　）

7．これまでに他の心療内科・精神科を受診したことはありますか

・ない
・ある（機関、時期、結果をお書きください）

8．お子さんの得意なこと・好きなことをお聞かせください

9．ご家族について、ご記入ください（同居の祖父母、また、関りの深い方もお書きください）

続柄	名前	年齢		職業・学校（学年）など
		歳	同居・別居	
		歳	同居・別居	
		歳	同居・別居	
		歳	同居・別居	
		歳	同居・別居	
		歳	同居・別居	
		歳	同居・別居	

10．ご家族・ご親戚に同様の悩みや心療内科・精神科の通院歴がある方がいらっしゃいますか

・いない　　・わからない

・いる（　　）

11．現在の健康状態について、あてはまるものに〇をつけて、ご記入ください

①身体の病気や怪我で治療を受けていますか、受けていたことがありますか

・なし

・あり（　　）

②アレルギーはありますか

・なし

・あり（　　）

12．当院での診療にあたり、ご希望されていることを教えてください

・原因・背景を知りたい　　・診断や特性の確認をしたい

・家庭での関わり方を相談したい　　・学校・園との連携を相談したい

・治療について知りたい

・その他（　　）

13．当院をなにでお知りになりましたか

・他病院で聞いた　　・インターネットのホームページで見た　　・看板を見た

・知り合いに勧められた

・その他（　　）