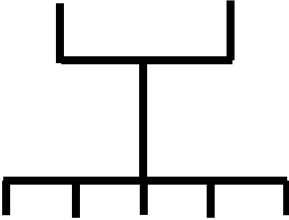


児童青年期専門外来問診票（保護者）

お子さまのお名前（ ） 性別（男・女）	
生年月日 平成・西暦（ ）年（ ）月（ ）日 満（ ）歳	
お父さまのお名前（ ） 生年月日（ ）	
お母さまのお名前（ ） 生年月日（ ）	
◎今困っていること・相談したいことは、どんなことですか。	◎家族構成 ※本人を◎で記入してください 父（ ）歳 母（ ）歳 
◎それはいつ頃から始まり（気づき）、どのように対応されましたか。	
◎この病院のことは、だれから（どこから）知りましたか。	
◎今回のご来院は主にどなたのご希望でしょうか。	

* 生活背景を把握して診療に役立てるために、一部立ち入ったご質問もございます。ご了承ください。

◎妊娠中の様子についてお聞きます。

蛋白尿	なし・あり（	ヵ月）	切迫流産	なし・あり（	ヵ月）
むくみ	なし・あり（	ヵ月）	切迫早産	なし・あり（	ヵ月）
高血圧	なし・あり（	ヵ月）	その他	なし・あり（	ヵ月）
			内容（		
ひどいつわり	なし・あり（	ヵ月～	ヵ月）	治療（	

◎出産時の様子についてお聞きます。

在胎 _____ 週 _____ 日 分娩時間 _____ 時間 出生体重 _____ g

新生児仮死 なし・あり（内容： _____ ）

保育器の使用 なし・あり（期間： _____ ） 哺乳の異常 なし・あり

重症の黄疸 なし・あり（治療： _____ ）

その他の出産時の異常 なし・あり（内容： _____ ）

◎0歳～1歳になるまでの発達についてお聞きます。

首のすわり ヵ月 おすわり ヵ月 はいはい ヵ月

歩き始め ヵ月 言葉の出始め ヵ月（内容： _____ ）

0歳でかかった病気（ _____ ）

▼1歳になる前のお子さまの様子について、当てはまるものに○をつけてください。

- | | | |
|----|-------------------------------|--------|
| 1 | 人のいる方向に顔を向けなかった…………… | はい・いいえ |
| 2 | 母を視線で追わなかった…………… | はい・いいえ |
| 3 | 母の顔を見ても笑顔を見せなかった…………… | はい・いいえ |
| 4 | 人見知りをしなかった…………… | はい・いいえ |
| 5 | 人見知りが激しかった…………… | はい・いいえ |
| 6 | あやしても喜ばなかった…………… | はい・いいえ |
| 7 | 音がしても知らんふりをしていた…………… | はい・いいえ |
| 8 | おとなしくて手がかからない子だった…………… | はい・いいえ |
| 9 | 他人の介入を嫌がり、一人の時の方が機嫌がよかった…………… | はい・いいえ |
| 10 | 抱きにくく、抱かれにくい子だった…………… | はい・いいえ |
| 11 | オツムテンテンなどの真似をしなかった…………… | はい・いいえ |
| 12 | おもちゃへの興味が少なかった…………… | はい・いいえ |
| 13 | 睡眠が不規則だった…………… | はい・いいえ |
| 14 | かんの強い子だった…………… | はい・いいえ |
| 15 | 喃語（「ママ」「ダダ」などの赤ちゃん言葉）が少なかった… | はい・いいえ |

◎保健センター等での健診についてお聞きします。

- 3 ヲ月健診：何も言われなかった・問題を指摘された（内容： ）
 指導を受けた（内容： ）
 1 歳 6 ヲ月：何も言われなかった・問題を指摘された（内容： ）
 指導を受けた（内容： ）
 3 歳児健診：何も言われなかった・問題を指摘された（内容： ）
 指導を受けた（内容： ）

◎幼児期の様子についてお聞きします。

- 親から平気で離れた なし・あり（ 歳頃）
 よく迷子になった なし・あり（ 歳頃）
 目が合わなかった なし・あり（ 歳頃）
 名前を呼んでも振り向かなかったり無視したりした なし・あり（ 歳頃）
 言葉が遅い・なかなか増えないと思った なし・あり（ 歳頃）
 オーム返しが多かった なし・あり（ 歳頃）
 奇妙な動作（つま先立ち・こまのように回る・体を揺する・手をかざして見る等）があった
 なし・あり（ 歳頃）

（具体的に： ）
 こだわりやすい傾向があった（道順・物の位置・数字・マーク、特定の動作や手順の儀式等）
 なし・あり（ 歳頃）

（具体的に： ）
 興味を持つものが限られていた
 なし・あり（ 歳頃）

（具体的に： ）
 ▼幼児期に多動傾向（落ち着かない・興味のあるところへ突進してしまう等）がありましたか。
 なし・あり（ 歳頃）

（具体的に： ）

◎今までかかったことのある病気などについてご記入ください。

- ① 歳（ ） ② 歳（ ）
 ③ 歳（ ） ④ 歳（ ）
 ひきつけ なし・あり（時期・内容： ）
 頭部外傷 なし・あり（時期・内容： ）
 利き手 右利き・左利き
 利き手矯正 なし・あり（ ）
 初潮 未・ 歳（月経 規則正しい・不規則）
 その他（ ）

◎今まで他の医療機関や相談機関に相談されたことがありますか。 はい・いいえ

- ・ 歳（機関名： ）
（指導や治療の内容： ）
- ・ 歳（機関名： ）
（指導や治療の内容： ）
- ・ 歳（機関名： ）
（指導や治療の内容： ）
- ・ 歳（機関名： ）
（指導や治療の内容： ）

◎次の検査を受けたことがありますか。

脳波検査	なし・あり（	歳）（結果：	）
CT・MRI	なし・あり（	歳）（結果：	）
知能検査	なし・あり（	歳）（結果：	）
心理検査	なし・あり（	歳）（結果：	）
その他（	）（	歳）（結果：	）

◎転居・転校についてお聞きします。場所・転校の有無・年齢を記入してください。

（例）場所：××市→△△市・転校：なし・2歳

場所：〇〇市内・転校：あり・8歳

② 生地 _____

②場所：	→	転校：	年齢：	歳
③場所：	→	転校：	年齢：	歳
④場所：	→	転校：	年齢：	歳
⑤場所：	→	転校：	年齢：	歳

◎養育者の育児不安や抑うつ状態、様々な悩みなどから、育児に支障が出たことがありましたら、教えてください。

◎集団場面での様子についてお聞きます。

※下記のような問題があればご記入ください。

家庭生活 : 厳しいしつけ 暴力 不仲 別居 離婚 再婚 死別 その他

学校生活 : 学業不振 友人との問題 いじめ 不登校 先生との問題 その他

その他 : 飲酒 喫煙 薬物使用 性的な問題 等

幼稚園・保育園（どちらかに○をつけてください）：_____歳から通った

集団行動は できた・できなかった 友人は いた・いなかった

大きな問題は なかった・あった

具体的に：

学校名

（ ） 小学校へ通い、大きな問題は（なかった・あった）

問題の内容：

学校名

（ ） 中学校へ通い、大きな問題は（なかった・あった）

問題の内容：

中学校卒業後、
 { 学校名
 ・（ ） 高校へ進学
 ・就職
 ・その他（ ） 大きな問題は（なかった・あった）

問題の内容：