

# 児童・思春期 問診票

記入日 年 月 日

記入者： \_\_\_\_\_

本人との関係： \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

本人の氏名： \_\_\_\_\_

性別 男 ・ 女 年齢： \_\_\_\_\_ 歳

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所： \_\_\_\_\_

連絡先： 本人 \_\_\_\_\_ 同行者： \_\_\_\_\_ ( 続柄 \_\_\_\_\_ )

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg 体温：本人 \_\_\_\_\_ 同行者 \_\_\_\_\_

## ※受診を希望された理由 複数選択可

- ①診断の為 ②対処、養育の具体的な方法を知る為 ③薬の処方希望 ④診断書希望  
⑤教育機関へのアドバイスが必要な為 ⑥能力や発達について検査希望

簡単に内容をご記載ください 上記に該当のない場合も下記に御記載ください

※それはいつくらいからはじまりましたか？またどのように対処されてきましたか？

※今回のご来院は主にどなたのご希望でしょうか。

( \_\_\_\_\_ )

※上記に関してどこか医療機関や相談機関に相談されたことはありますか？

( \_\_\_\_\_ ) 歳の時 相談機関： \_\_\_\_\_

診断名： \_\_\_\_\_ 治療、療育内容： \_\_\_\_\_

※出産時の様子についてお聞きします。

在胎 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 身長 \_\_\_\_\_ cm 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します。

首のすわり                   カ月           おすわり                   カ月           はいはい                   カ月  
歩き始め                   カ月           言葉の始め                   カ月（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 音がしても知らんぷりをしていた…………… 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、一人の時のほうが機嫌がよかった…………… 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カ月健診：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歳半健診：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：                   ）  
3歳健診：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：                   ）  
（具体的に：                   ）

※言葉の発達についてお聞きします。

初語                   歳                   ヶ月頃                   2語文                   歳                   ヶ月頃  
こちらが話かけるとオウム返しで返してきた……………はい ・ いいえ  
言葉は理解しているようだが自分からはあまりしゃべらなかった……………はい ・ いいえ  
言葉はでるが、会話になりにくかった……………はい ・ いいえ  
その他言葉について気になっていたこと（                   ）

※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)
オウム返しが多かった	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 )

※保育園・幼稚園の頃についてお聞きします。

通っていたのは 保育園 ・ 幼稚園 (どちらかに○をつけてください) ( \_\_\_\_\_ ) 歳から  
 保育園、幼稚園名 ( \_\_\_\_\_ )

集団行動は 出来た ・ できなかった 特定の友人は いた ・ いなかった

登園しぶり あり ・ なし

保育士からの指摘 あり ・ なし ありの場合 時期: \_\_\_\_\_ 内容: \_\_\_\_\_

※小学生の頃についてお聞きします。 学校名( \_\_\_\_\_ )

登校渋りや不登校 ( なし ・ あり ) 時期: \_\_\_\_\_

成績 ( 上 ・ 中 ・ 下 )

得意科目: \_\_\_\_\_ 苦手科目: \_\_\_\_\_

忘れ物 \_\_\_\_\_ 習い事 \_\_\_\_\_

友人関係の問題

担任から指摘を受けたことがありますか ( あり ・ なし ) 時期: \_\_\_\_\_

内容: \_\_\_\_\_

※中学生のころについてお聞きします。 学校名( \_\_\_\_\_ ) 部活( \_\_\_\_\_ )

登校渋りや不登校 ( なし ・ あり ) 時期: \_\_\_\_\_

成績 ( 上 ・ 中 ・ 下 )

得意科目: \_\_\_\_\_ 苦手科目: \_\_\_\_\_

友人関係の問題

担任から指摘を受けたことがありますか ( あり ・ なし ) 時期: \_\_\_\_\_

内容: \_\_\_\_\_

**中学卒業後**

( \_\_\_\_\_ ) 高校に進学 ・ 就職 職業： \_\_\_\_\_  
アルバイト \_\_\_\_\_

その他心配な様子がありましたか

時期 \_\_\_\_\_

内容 \_\_\_\_\_

**※学業や身体運動についてお聞きします。**

読みの問題 あり ・ なし 書きの問題 あり ・ なし 計算の問題 あり ・ なし

手先の器用さ 器用 ・ 不器用 (具体的に： \_\_\_\_\_ )

体全体をつかった運動 得意 ・ 不得意 (具体的に： \_\_\_\_\_ )

**※今までのトラブル、問題についてお聞きします**

SNS のトラブル あり ・ なし 時期： \_\_\_\_\_

内容： \_\_\_\_\_

非行の問題は あり ・ なし 時期： \_\_\_\_\_

内容 \_\_\_\_\_

自傷行為 あり ・ なし 時期： \_\_\_\_\_ 方法： \_\_\_\_\_

死をほのめかす発言 あり ・ なし 内容： \_\_\_\_\_

その他の問題 (家庭内暴力 教師とのトラブル その他)

内容 ( \_\_\_\_\_ )

**※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。**

ひきつけ なし ・ あり (時期・内容 \_\_\_\_\_ )

頭部外傷 なし ・ あり (時期・内容： \_\_\_\_\_ )

現在体の病気はありますか？

病院名 ( \_\_\_\_\_ ) 病名 ( \_\_\_\_\_ )

内服薬 ( \_\_\_\_\_ )

アレルギーはありますか

食べ物 ( \_\_\_\_\_ ) 薬 ( \_\_\_\_\_ ) 花粉症 ( \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

アルコールはのみますか？ はい ・ いいえ (はいの場合 種類： \_\_\_\_\_ 一日量： \_\_\_\_\_ )

タバコは吸いますか？ はい ・ いいえ

違法薬物、薬物の乱用 はい ・ いいえ (はいの場合 種類 \_\_\_\_\_ 量 \_\_\_\_\_ )

