

ご予約日時： 年 月 日 () 時 分

初回はお待ちになる時間も含めてお時間がかかりますのでご了承ください。

キャンセル等の際は必ずご連絡をお願いいたします。

児童思春期外来 初診時間診票

□欄には該当するものに✓印をつけて下さい。

本人	フリガナ		生年月日	年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	名前		年齢	歳 ヶ月	
記入者	フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母	
	名前			<input type="checkbox"/> その他 ()	
現住所	〒 _____ 都・県 _____ 区・市				
連絡先	TEL : _____ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 携帯 (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> その他 ()				
現在の ご所属	● _____ 立 _____ <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 (_____ 年生) (<input type="checkbox"/> 普通級 <input type="checkbox"/> 通級利用 <input type="checkbox"/> 特別支援級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校) ● その他 (専門学校・大学・会社 等) : _____ ● <input type="checkbox"/> 所属なし				
当院はどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 他の医療機関から聞いて (どちらから : _____) <input type="checkbox"/> インターネットの検索 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ご家族が当院や同法人事業所 (成増厚生病院・こころのクリニック なります等) を利用している <input type="checkbox"/> その他 (_____) マイナ保険証による診療情報取得についてご同意いただけますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					

次ページからの質問は、さしつかえのない範囲でご記入ください。

お答えが難しい箇所は空欄か、当日お話をくださるのでかまいません。

なお内容は診療以外に使用することはなく個人情報厳守いたします。

今回の受診についてお伺いします 該当するところを○で囲んでください

【1】 今回、受診を希望された方、または受診を勧めた方はどなたですか。

本人 / 父 / 母 / その他の家族・親族（具体的に：_____）
他機関からの勧め（具体的に：_____）

【2】 受診を希望した理由を教えてください。

（日常生活・学校等での困っている症状・状況、相談したいことを自由にお書きください）

【3】 受診にあたって、希望することを教えてください。

かかりつけ / 診断 / 検査（心理検査 血液検査 その他_____）
薬の処方 / 心理療法・カウンセリング / デイケアの利用
診断書の交付（具体的に：_____）
その他（具体的に：_____）

【4】 現在の生活状況について

■ 現在の身長・体重を教えてください

身長 _____ cm 体重 _____ kg

■ 女性の方のみ

生理はありますか

なし / あり（初潮 _____ 才）

現在、妊娠の可能性はありますか

いいえ / はい / わからない

■ 食欲

通常 / 食欲がない / 食事をほとんど摂らない / 食べ過ぎてしまい、自分で止められない

■ 体重の変化

なし / あり（_____ヶ月で約_____Kg 減少/増量）

■ 睡眠状態

良い

悪い（寝つきが悪い / 夜中に目覚める / 早朝に目覚める / 悪夢 / 夜尿

昼夜逆転 / その他 _____）

起床 _____ 時 就寝 _____ 時

■ 登校（園）状況

登校（園）している / 登校（園）を渋る / 部分的に登校（園）（_____）

登校（園）していない（時期：_____）

■ 友達関係

人との関わりを好む / 一人でいるほうを好む / 交友関係で問題はない
交友関係にトラブルが多い（具体的に：_____）

■ 行動関係

落ち着きがない / 行動が衝動的で待てない / 強く興奮したりかんしゃくがある
集団で行動できない / 行動が遅い、止まってしまう / 繰り返しの行動がある
こだわりが強い / 家の外で話さない / チックがある（瞬き、首振り、肩を動かす、声が出る等）
髪の毛や眉毛を抜く / 自傷、リストカット / 盗み・恐喝などの問題行動
暴力・暴言がある（具体的に：_____）
その他：_____

■ 気分の状態

気力・やる気が出ない / 気持ちが落ち込む / 気分が不安定 / 高揚する
不安がある（具体的に：_____）
不安が強まったときに動悸や呼吸が苦しくなる
死にたい気持ちがある / 死のうとしたことがある

■ その他、気になること、心配なこと等、自由にお書きください。

発達の過程とお身体についてお伺いします

【5】 ご本人の妊娠中、何か指摘や気になることがあった場合、お書きください。

【6】 出産時について

- 産週：第_____週
- 出生体重 _____g
- アプガースコア（1～10点） _____点（わかれば）
- 分娩の経過 正常分娩 / 帝王切開 / 吸引分娩 / その他（_____）
- 出産の状態 首に臍帯が絡んでいた / 分娩誘発剤を使用 / 骨盤位（逆子） / 新生児仮死
その他（_____）
- 新生児保育器の使用 いいえ / はい（_____日間）

【7】 0歳～2歳頃の様子を教えてください。

- 首すわり _____ヶ月
- 一人歩き _____歳 _____ヶ月
- 始語 _____歳 _____ヶ月 (どんな言葉でしたか _____)
- 二語文 _____歳 _____ヶ月
- 乳幼児検診 (1歳半/3歳時健診)、就学前健診等で何か問題を指摘されましたか
いいえ / はい (_____)

【8】 乳幼児期の頃に気になった、または周囲から指摘されたことのある行動をチェックしてください。

夜泣きが大変だった / 視線が合わない / 人見知りがある / 抱っこがしにくい
 名前を呼んでも振り向かない / かんしゃくがある / 感覚 (音・匂い・肌触り等) が過敏
 身の回りのことが自立できない (トイレ、更衣、食事) / おねしょがなおらない
 その他 _____

【9】 予防接種について

- 麻しん、風しん (MR) _____した / _____していない / _____わからない
- 水痘 _____した / _____していない / _____わからない
- おたふくかぜ _____した / _____していない / _____わからない

【10】 アレルギー疾患について

- 気管支ぜんそく _____歳から
- アレルギー性鼻炎 (花粉症を含む) _____歳から
- アトピー性皮膚炎 _____歳から
- 食物アレルギー 食品名: _____
- 薬物アレルギー 薬物名: _____

【11】 以下の病気や怪我の既往はありますか？

- 熱性けいれん なし / あり (初回 _____歳 _____ヶ月 / 今までに合計 _____回)
- 熱のないけいれん なし / あり (初回 _____歳 _____ヶ月 / 今までに合計 _____回)
- 頭部外傷 なし / あり (_____歳 _____ヶ月)
- 高熱疾患 なし / あり (_____歳 _____ヶ月)
- 自家中毒・周期性嘔吐 なし / あり (_____歳 _____ヶ月)
- 感染症 なし / あり (B型肝炎 / C型肝炎 / HIV / 梅毒)

【12】 その他、今までにかかった大きな病気や怪我はありますか？

- _____歳 傷病名: _____
- _____歳 傷病名: _____
- _____歳 傷病名: _____

【13】 現在治療中の病気や怪我・常用薬があればお書きください。

- 傷病名： _____ 医療機関： _____ お薬： _____
- 傷病名： _____ 医療機関： _____ お薬： _____
- 傷病名： _____ 医療機関： _____ お薬： _____

【14】 嗜好について

- アルコール 飲まない / 飲む (_____ 才から)
- タバコ 吸わない / 吸う (_____ 才から 1日に約 _____ 本)
- 薬物 使用したことがない / 使用したことがある (_____ 才、 _____ 回)

これまでの生活についてお伺いします

【15】 出生地を教えてください。

日本： _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村

海外： _____

【16】 その後転居はされましたか？

- 1回目： _____ 年 (ご本人が _____ 歳) どちらに： _____
- 2回目： _____ 年 (ご本人が _____ 歳) どちらに： _____
- 3回目： _____ 年 (ご本人が _____ 歳) どちらに： _____

【17】 教育過程についてお聞きします。

- _____ 立 _____ 幼稚園・保育園 : 在園中 / 卒園
- _____ 立 _____ 小学校 : 在学中 (_____ 年) / 卒業
通常級 / 特別支援級 / 特別支援学校
成績： 上位 / 中位 / 下位
- _____ 立 _____ 中学校 : 在学中 (_____ 年) / 卒業
通常級 / 特別支援級 / 特別支援学校
成績： 上位 / 中位 / 下位
- _____ 立 _____ 高校 : 在学中 (_____ 年) / 卒業
普通科 / その他 (_____)
全日制 / 夜間定時制 / 昼間定時制 / 単位制 / 通信制 / サポート校
- _____ 立 _____ 専門学校 : 在学中 (_____ 年) / 卒業
- 部活動や集団活動、習い事など

【18】 発達やこころの問題に関して、今まで医療機関で治療したことはありますか？

いいえ / はい → 紹介状はお持ちですか？ いいえ / はい
 歳（ 年生）医療機関名： 期間：
 歳（ 年生）医療機関名： 期間：

【19】 発達やこころの問題に関して、今まで相談機関に相談されたことはありますか？

例：教育相談所、健康福祉センター、民間カウンセリング機関 等

いいえ / はい
 歳（ 年生）相談機関名： 期間：
 歳（ 年生）相談機関名： 期間：

現在も相談している 相談機関名： いつから：

【20】 今まで発達検査や知能検査を受けたことがありますか？

ない / ある : 年齢 歳（ 年）時
 実施機関： _____
 検査名 : 新版K式発達検査 田中ビネー式知能検査 WISC WAIS
 不明 その他： _____

* 報告書をお持ちであれば、初診時にお持ち下さい。

【21】 現在利用している制度・サービスがあればお書きください。

■療育手帳（「愛の手帳」等） 等級： _____ 度
 交付年月日： _____ 年（ _____ 歳時）
 ■その他の福祉制度・サービスの利用
 具体的に： _____

ご家族についてお伺いします

【22】 ご両親・ごきょうだいについてお聞きします。

■父：氏名： _____（ _____ 歳）
 職業： _____ 学歴： _____ 持病： _____
 （同居 / 別居（単身赴任を含む） / 離婚 / 行方不明 / 死去）

■母：氏名： _____（ _____ 歳）
 職業： _____ 学歴： _____ 持病： _____
 （同居 / 別居（単身赴任を含む） / 離婚 / 行方不明 / 死去）

■兄弟・姉妹（ご本人は_____人兄弟姉妹の_____番目）

・氏名：_____ 男 / 女（_____歳） 学校または職業：_____
（同居 / 別居 / 死去）

・氏名：_____ 男 / 女（_____歳） 学校または職業：_____
（同居 / 別居 / 死去）

・氏名：_____ 男 / 女（_____歳） 学校または職業：_____
（同居 / 別居 / 死去）

・氏名：_____ 男 / 女（_____歳） 学校または職業：_____
（同居 / 別居 / 死去）

【23】 上記のご家族以外で、同居されている方がいらっしゃいますか？

【24】 ご家族・ご親戚で精神科・心療内科への通院歴・入院歴のある方はいますか？

いない / いる

続柄：_____ 病名：_____ 過去に通院 / 現在通院中 / 過去に入院 / 現在入院中
続柄：_____ 病名：_____ 過去に通院 / 現在通院中 / 過去に入院 / 現在入院中
続柄：_____ 病名：_____ 過去に通院 / 現在通院中 / 過去に入院 / 現在入院中

以上で質問事項は終わりです

ご記入ありがとうございました

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）マイナ保険証利用0点/利用なしの場合加算4点