

朝がおクリニック 初診問診票（12歳未満/保護者記入用）

平成 年 月 日（ ）

ふりがな		保護者 連絡先	自宅	
氏名	(男・女)		携帯	
			メール	
ご記入頂く方が ご本人以外の場合	ふりがな			続柄
	氏名			
住所 〒				生年月日
				年 月 日
現在、お悩み、お困りのことは何ですか？またいつごろからですか？（できるだけ具体的にお書きください）				
これまでその問題にどう対処されてきましたか？ どこかに相談・受診をしたことがありますか？				
上記の症状でくすりは ①飲んでいる ②飲んだことがある ③飲んだことはない				
⇒ ①・②の方 くすりの効果 なし ・ あり（薬名 ）				
上記以外で現在服用している薬はありますか ない ・ ある（薬名 ）				
現在の健康状態について伺います				
◆ 睡眠 良い・悪い(寝付けない・夜中目が覚める・目覚めが早い・ぐっすり寝た気がしない・夢が多い)				
◆ 食欲 ない・ある ◆ 過食、拒食傾向 ない・ある(嘔吐 ない・ある)				
◆ 便秘 良好・便秘・下痢 ◆ 胸がドキドキ しない・する				
◆ ひきつけ あった・なかった ◆ アレルギー ない・ある				
◆ その他( )				
下記の該当するものに○をお付け下さい				
・意欲がわかない ・物忘れが多い ・興奮しやすい ・不安 ・落ち着きがない				
・誰かに見られている気がする ・朝起きるのがつらい ・気分がむらがある ・ゆううつ ・生きているのが嫌になる				
・周囲に迷惑をかけている ・自分のことを噂されている気がする ・イライラしやすい ・実際にはないものが見える				
・姿が見えないのに話しかける声が聞こえる ・自分を傷つけたくなる ・死のうと思ったことがある				
過去の健康状態に関して伺います				
◆ 出生時 安産・難産・月足らず・しばらく泣かなかった・わからない				
◆ 熱性けいれん ない・あった ◆ 急性虫垂炎 ない・あった				
◆ 頭を強く打ったことが ない・ある ◆ 気管支喘息 ない・あった				
◆ 気を失ったことが ない・ある				
赤ちゃんのころはどのようなようでしたか？				
・神経質 ・活発 ・過敏 ・おとなしい ・臆病 ・その他( )				
家ではどんな遊びをするのが好きでしたか？				
※assessment				

引き続き裏面もご記入下さい。

性格は（該当するものに○をお付けください）

・明るい	・楽天的	・あっさり	・社交的	・几帳面	・責任感が強い	・飽きっぽい
・派手好き	・無口	・気難しい	・仕事好き	・頑固	・人に溶け込まない	・愛想がない
・粘り強い	・遠慮がち	・わがまま	・臆病	・短気	・負けず嫌い	・自信がない

とくに信仰している宗教は？： ない ・ ある(名称 )

ご本人の学校生活についておたずねします

◆ 通学について 休まず通学している ・ 時々休む ・ 休んでいる

◆ 成績 上位 ・ 中位 ・ 下位

◆ 得意科目( )

◆ 転校 なし ・ ある( 回 )

◆ 不得意科目( )

御家族についておたずねします

◆ 父( 歳)(職業 ) (性格 ) ◆ 兄弟姉妹： 本人を含めて( 人)本人は( 番目)

◆ 母( 歳)(職業 ) (性格 )

◆ 同居人： なし ・ あり( 人)

◆ 家庭内の雰囲気(普通 ・ 静か ・ にぎやか ・ あたたかい ・ 複雑)

◆ 御家族や御親戚の中にごころの病気の方はいらっしゃいますか。(いない ・ いる)

いるとお答えになった方は具体的にお願ひします

お子さんについてお尋ねします。  
あてはまる答えにチェックをしてください。

	はい	いいえ	不明
1. あやしても顔を見たり笑ったりしなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 母乳がむずかしかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 親の後追いをしなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 名前を呼んでも声をかけてもふりむかなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 抱こうとしても抱かれる姿勢をとらなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 視線があわなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 指さしで興味のあるものを伝えなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 2歳を過ぎても言葉がほとんど出なかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 見せたいものをもってくるのがなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 遊び方が独特だった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 小さい頃から一人遊びが出来た	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 遊びに介入されることを嫌がった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ごっこ遊びをしなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ある動作、順序、遊びを繰り返したり著しく執着した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 落ち着きなく、手を離すとどこに行くか分からなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. わけもなく突然笑い出したり、泣き叫んだりした	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 寝付きが悪い、夜寝る時間や起きる時間が不規則だった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. かんしゃくをおこしやすかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. おねしょが続く、外でトイレにいけない、いかない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 公園で他の子と遊ばない、仲良くできない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

当院をどちらでお知りになりましたか。当てはまるものに○をお付け下さい。(複数回答可)

・HP	・患者の気持ち	・その他のサイト(サイト名 )
・通リすがり	・雑誌(雑誌名 )	・紹介(紹介者 )

ご記入ありがとうございました。