児童精神　初診問診票

ID＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ		生年月日
お名前	男・女	年　月　日生 （　歳　ヵ月）
住所	〒	
電話番号	携帯：	
	緊急（職場など）：　（場所：　）	
付添人のお名前（フリガナ）		本人との続柄

① 今回来院されるのは、どのような心配・問題のためでしょうか

② いつからその問題、または症状がありましたか

③ 今回のことについて何か原因と思われることやきっかけはありましたか

④ 今回のことで相談機関や学校・医療機関・誰かに相談したことはありますか

⑤ 紹介状はありますか　：　なし　・　あり　（紹介元：　）

⑥ 出産時の状況についてお答えください

- 分娩時（　正常分娩　・　帝王切開　・　吸引分娩　・鉗子分娩・　逆子　・多胎　）
- 在 胎 週 数：＿＿＿＿週
- 身 長 体 重：＿＿＿＿cm　＿＿＿＿g
- 妊 娠 合 併 症：　なし　・　あり
- 黄　　疸：　なし　・　あり
- 母子健康状態：　良好　・　その他（　）

裏面あり

⑦ 発達についてお答えください　※（）内は目安

- 首のすわり＿＿＿ヵ月（2-4ヵ月）
- おすわり＿＿＿ヵ月（6-8ヵ月）
- はいはい＿＿＿ヵ月（9-10ヵ月）
- 歩き始め＿＿＿ヵ月（12ヵ月）
- 単　　語＿＿＿ヵ月（12ヵ月）
- 二　語　文＿＿＿歳（2歳）
- あやして笑う：　なし・あり　（3-4ヵ月）
- 人見知り：　なし・普通・強（7-8ヵ月）
- 視線が合う：　なし・あり　（6-9ヵ月）
- 後　追　い：　なし・あり　（10ヵ月）
- 指　さ　し：　なし・あり　（12ヵ月）
- 物を見せにくる:　なし・あり　（1歳6ヵ月）
- まね/見立て遊び:　なし・あり　（2歳）

★その他に目立った発育の遅れはありましたか

⑧ 健康診断で指摘されたことはありますか

- 乳児健診（3ヵ月・6ヵ月・9ヵ月）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- 1歳半健診：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- 3歳児健診：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑨ 教育歴についてお答えください

- （　　）幼稚園　・　保育園
- （　　）小学校
- （　　）中学校
- （　　）高等学校
- その他（塾や家庭教師など：　　）

⑩ これまでに病気・ケガをしたことがありますか

例）20××年○月　インフルエンザ　△△病院　入院

-
-

⑪ 薬や食べ物にアレルギーはありますかはありますか

ない　・　あり（　　）

⑫ 医者に止められている薬、服用して具合の悪くなった薬はありますか

⑬ 親族の中で同じ症状、また精神科にかかられた方はいますか

⑭ その他、気になることがあればご記入ください

ありがとうございました
半蔵門のびすここどもクリニック