

三交病院 初診時

# 問診票

患者様氏名:

生年月日:

昭・平・令 年 月 日生( 歳)

覚えていない、分からない場合等は、その旨、ご記入ください。

記入日: 年 月 日

●記入している方はどなたですか？

本人  その他 (氏名: \_\_\_\_\_ ご関係: \_\_\_\_\_)

●今回の来院に同伴者がいますか？

はい  いいえ

➔(はいと答えた方) 氏名: \_\_\_\_\_ ご関係: \_\_\_\_\_

## 1. 今回の受診内容について教えてください

(1)受診した理由、心配なことや困っていること、相談内容を書いてください。

(2)受診を勧められたことがありますか？

はい  いいえ

➔(はいと答えた方) 誰に?: \_\_\_\_\_  
どのような経緯で?: \_\_\_\_\_

(3)他の精神科や心療内科などを受診しましたか？

はい  いいえ

➔(はいと答えた方) 医療機関名: \_\_\_\_\_  
診断名: \_\_\_\_\_  
治療内容: \_\_\_\_\_  
受けた検査名: \_\_\_\_\_

質問が大変多くなっておりますが、診察を進めていくために、重要な情報となりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

## 2.これまでの治療歴や入院歴について教えてください

(1)精神科での入院歴はありますか？ なし あり

病名	病院名	入院期間	入院形態
			任意・医療保護・措置・不明
			任意・医療保護・措置・不明

(2)大きな病気や怪我での治療歴はありますか？ なし あり

病名	何歳ごろ	治療内容	現在の通院
			通院中・終了
			通院中・終了

(3)精神科や心療内科以外でのかかりつけ医はありますか？

ない あり(医療機関名: \_\_\_\_\_)

(4)現在、服用されている薬がありますか？

なし あり

➡(ありと答えられた方) 薬剤名: \_\_\_\_\_

用量: \_\_\_\_\_

いつから: \_\_\_\_\_

(5)当院に希望することがありますか？(複数可)

診察 診断 入院治療 カウンセリング

対応のアドバイス 各種申請の診断書

デイケアの利用 訪問看護

就労したい

## 3. 福祉サービスの利用状況について教えてください

(1)障害者手帳を持っていますか？

はい いいえ

➡(はいと答えた方)

●身体障害者手帳	1	2	3	4	5	6
●療育手帳		A		B		
●精神障害者保健福祉手帳			1	2	3	

#### 4. 現在の生活状況や身体状況について教えてください

(1)睡眠について      普通      不眠      過眠

就寝時間: \_\_\_\_\_ 起床時間: \_\_\_\_\_

(2)食欲について      普段通り      食欲がない      普段よりある

(3)身長、体重について

身長: \_\_\_\_\_ cm

体重: \_\_\_\_\_ kg

➡このひと月で体重の増減はありましたか？

ない      ある( \_\_\_\_\_ kg 増えた・減った )

#### 5. ご家族について教えてください

(1)患者ご本人から見て、両親、きょうだい、父方祖父母、母方祖父母、子ども、配偶者、それ以外の同居している家族までご記入ください。

続柄	生年	性別	同居	職業	精神科治療歴
父親	S H R 年	男	○ ×		
母親	S H R 年	女	○ ×		
	S H R 年	男 女	○ ×		
きょうだい	S H R 年	男 女	○ ×		
きょうだい	S H R 年	男 女	○ ×		
	S H R 年	男 女	○ ×		
	S H R 年	男 女	○ ×		
父方祖父	T S H 年	男	○ ×		
父方祖母	T S H 年	女	○ ×		
母方祖父	T S H 年	男	○ ×		
母方祖母	T S H 年	女	○ ×		
	S H R 年	男 女	○ ×		
配偶者	S H R 年	男 女	○ ×		
子	S H R 年	男 女	○ ×		
	S H R 年	男 女	○ ×		

母子手帳などの記録があれば見ながら記入して下さい。  
覚えていない、分からない場合は、その旨、ご記入ください。

## 6. 出生時から現在までのことについて教えてください

(1) 患者本人を妊娠している時の母親の状態について教えてください。

①妊娠を確認したのはいつ頃ですか？	妊娠	ヶ月	または	週
②切迫流産	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
③妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
④妊娠中の飲酒	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
⑤妊娠中の喫煙	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
⑥定期的に内服した薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(	)	

(2) 出生、新生児期について教えてください。

①分娩について	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 吸引分娩	<input type="checkbox"/> 鉗子分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開	
②出生時	週数(	週	日)	出生体重(	g)
③状態	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 強い黄疸	<input type="checkbox"/> さい帯巻絡	<input type="checkbox"/> 仮死状態	
④保育器の使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
⑤栄養	<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> 人工乳	<input type="checkbox"/> 混合		
⑥授乳時の印象	<input type="checkbox"/> よく飲んだ	<input type="checkbox"/> あまり飲まなかった			
⑦主な養育者	<input type="checkbox"/> 母親	<input type="checkbox"/> 母親以外(			)
⑧パートナーの育児の協力	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			

母子手帳や連絡帳などの記録があれば見ながら記入して下さい。  
覚えていない、分からない場合は、その旨、ご記入ください。

(3)乳幼児期について教えてください。

①首の座り	ヶ月	②ハイハイ	ヶ月
③おすわり	ヶ月	④意味のある単語を話す	ヶ月
⑤歯の生えはじめ	ヶ月	⑥二語文を話す	ヶ月
⑦トイレトレーニング	歳	ヶ月～	歳 ヶ月
⑧夜のおむつがとれた	歳	ヶ月	
⑨夜尿	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(	歳 ヶ月～ 歳 ヶ月)
⑩爪かみ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	⑪指しゃぶり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
⑫けいれん発作	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
⑬人見知り	<input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> 普通程度	<input type="checkbox"/> 強かった
⑭同年代の子どもとの関係	<input type="checkbox"/> 興味や関わりが薄かった <input type="checkbox"/> 年齢相応 <input type="checkbox"/> 積極的だった		
⑮他の子どもへの攻撃的な傾向	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
⑯音やにおいなどの感覚の過敏さ、または鈍感さ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
➡(ありと答えた方)どのような過敏さ、または鈍感さですか？			
⑰極端な食べ物の好き嫌い	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
➡(ありと答えた方)好きな食べ物: 嫌いな食べ物:			
⑱強いこだわり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
➡(ありと答えた方)どのようなこだわりですか？			
⑲乳幼児健診のときに指摘を受けましたか？			
3ヶ月	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(	)
1歳半	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(	)
3歳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(	)
⑳乳幼児期の子育て	<input type="checkbox"/> 大変だった	<input type="checkbox"/> 手がかからなかった	
どのようなところが大変でしたか？			

連絡帳、通知表などの記録があれば見ながら記入して下さい。  
覚えていない、分からない場合は、その旨、ご記入ください。

(4) 保育園、幼稚園のころについて教えてください。

	園名	期間
保育園		歳 ~ 歳
幼稚園		歳 ~ 歳
①登園しぶり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時期: )		
②全体的な遅れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ➡(ありと答えた方)どのようなところですか？		
③手先は <input type="checkbox"/> 器用 <input type="checkbox"/> 不器用		
④同世代の子どもとの関わり <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> 関わらない		
⑤保育士からの指摘はありましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ➡(ありと答えた方)時期: 内容:		

(5) 小学生のころについて教えてください。

①小学校名: <input type="checkbox"/> 通級指導教室(時期: ) <input type="checkbox"/> 支援学級(時期: )	
②登校しぶりや不登校 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(いつ頃: )	
③成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下 得意科目: 苦手科目:	
④友達は <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> いない	
⑤小学校のことで困ったことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ➡(ありと答えた方)どのような困り事ですか？ <input type="checkbox"/> 友達との関係 <input type="checkbox"/> いじめ <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 忘れ物やなくし物が多い <input type="checkbox"/> 先生について <input type="checkbox"/> その他( ) ➡上記は、どなたからみた困り事ですか？ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他( )	
⑥担任から指摘を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ➡(ありと答えた方)時期: 内容:	

**通知表**などの記録があれば見ながら記入して下さい。  
 覚えていない、分からない場合は、その旨、ご記入ください。

(6) **中学生**のころについて教えてください。

①中学校名： <input type="checkbox"/> 通級指導教室(時期： ) <input type="checkbox"/> 支援学級(時期： )				
②登校しぶりや不登校 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(いつ頃： )				
③成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下 得意科目： 苦手科目：				
④友達は <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> いない				
⑤中学校のことで困ったことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ➡(ありと答えた方)どのような困り事ですか？ <input type="checkbox"/> 友達との関係 <input type="checkbox"/> いじめ <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 忘れ物やなくし物が多い <input type="checkbox"/> 先生について <input type="checkbox"/> その他( ) ➡上記は、どなたからみた困り事ですか？ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他( )				
⑥担任から指摘を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ➡(ありと答えた方)時期： 内容：				

(7) **中学卒業後**の学歴(高校、大学、専門学校など)について教えてください。

学校名	時期	専攻	卒業・中退	中退理由
	年～ 年		卒業・中退	
	年～ 年		卒業・中退	
	年～ 年		卒業・中退	
	年～ 年		卒業・中退	

①何か困り事はありましたか？

人間関係：

学業面：

その他：

(8)アルバイト歴、職歴について教えてください。

勤め先	時期	仕事内容	辞めた理由
	年～ 年		
	年～ 年		
	年～ 年		
	年～ 年		

①何か困り事はありましたか？

人間関係：

学業面：

その他：

7.その他、困っていることやご要望がありましたらご記入ください。

記入は以上となります。

大変、おつかれさまでした。ご協力ありがとうございました。

なお、ご記入いただきました情報は、診療目的以外に使用することはありません。