

NO.	問 診 票	年 月 日
ふりがな		
氏 名		
生年月日 H 年 月 日 (歳)		
住 所 〒		
電 話		携帯電話
性別	男 ・ 女	年齢 歳
小・中・高		年生
☆何か連絡事項があった場合、当院から連絡させていただくことは可能ですか		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒はいの場合(氏名 : 続柄 姓		
☆今日相談されたい事は何ですか？		
具体的にお書きください (いつ頃から、どのような症状がありましたか……など)		
☆現在下記の症状あればチェックしてください		
<input type="checkbox"/> 強迫症状	<input type="checkbox"/> 夜尿	<input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> 睡眠障害
<input type="checkbox"/> 感覚過敏	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 被害妄想
<input type="checkbox"/> 不安感		
☆今までにかかったことのある病気はありますか		
いつ頃		
病 名		
☆アレルギーといわれたことはありますか		
<input type="checkbox"/> はい ()		
<input type="checkbox"/> いいえ		
☆身長	cm	体重 kg
☆1歳半 3歳児検診での指摘はありましたか		
<input type="checkbox"/> はい (1歳半 ・ 3歳 :)		
<input type="checkbox"/> いいえ		
☆現時飲んでいお薬はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
お薬の種類		
いつ頃から		
☆受診について家族で相談されましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

これまでに精神科・心療内科・相談室などに相談されたことはありますか

はい () いいえ

☆ご家族の中に精神科・心療内科に通院している方がいますか

はい () いいえ

☆現在の登校状況について

毎日登校 遅刻・早退が多い 時々休む

☆保健室・適応教室に 登校 不登校 (いつ頃から 小・中・高 生年頃から)

☆当院はどのようにお知りになりましたか

ホームページ 看板広告 電話帳

紹介 () その他

☆家族構成について(同居のかたについて)

父 (歳) 職業

母 (歳) 職業

兄・姉・弟・妹 (歳) 職業

兄・姉・弟・妹 (歳) 職業

兄・姉・弟・妹 (歳) 職業

その他(祖父母など) (歳) 職業

☆現在の様子について

1. 睡眠の問題 ある ない
 眠られない 寝過ぎる 朝起きられない 夜中に目が覚める
 昼夜逆転 その他()

2. 食 欲 ある ない

3. 気分の問題 ある ない
 イライラしている 引きこもっている 落ち込んでいる 涙もろい
 すぐ怒る 気分がむらがある その他 ()

4. 親子関係・兄弟・仲間関係で気になること

大いにある ある ない

どのようなことですか ()

☆その他気になることなど