

# 問診票 1

予約日時	年 月 日 ( ) 時 分
------	---------------

フリガナ お名前		性別	男 ・ 女
生年月日		年齢	歳
記入者		続柄	

① 受診理由を [ ] にご記入ください。またそれはいつ頃からですか。難しいようであれば、下記の項目にチェックし、いつ頃からか項目下の( )に月日や年齢をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 意欲が出ない	<input type="checkbox"/> 気分の落ち込み	<input type="checkbox"/> 集中力の低下	<input type="checkbox"/> 思考力の低下	<input type="checkbox"/> 興味が湧かない	<input type="checkbox"/> 疲労感	<input type="checkbox"/> 死を考える
( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い	<input type="checkbox"/> 途中何度も起きる	<input type="checkbox"/> 早く目が覚めてしまう	<input type="checkbox"/> 熟睡感がない	<input type="checkbox"/> 朝起きれない	<input type="checkbox"/> 昼間も眠い	
( )	( )	( )	( )	( )	( )	
<input type="checkbox"/> 不安が強い	<input type="checkbox"/> イライラしやすい	<input type="checkbox"/> 周囲の視線が気になる	<input type="checkbox"/> 人と会うと緊張する	<input type="checkbox"/> 細かいことが気になる		
( )	( )	( )	( )	( )		
<input type="checkbox"/> 同じことを何度も繰り返したり、確認したりする	<input type="checkbox"/> もの忘れ	<input type="checkbox"/> 尿失禁または頻尿				
( )	( )	( )				
<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 拒食	<input type="checkbox"/> 過食	<input type="checkbox"/> 偏食	<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 腹痛	
( )	( )	( )	( )	( )	( )	
<input type="checkbox"/> 下痢または便秘	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 耳鳴	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 息苦しさ
( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/> 月経不順	<input type="checkbox"/> 性機能不全	<input type="checkbox"/> 夜尿	<input type="checkbox"/> 意識消失	<input type="checkbox"/> てんかん・けいれん発作	
( )	( )	( )	( )	( )	( )	
<input type="checkbox"/> 人付き合いが苦手	<input type="checkbox"/> 集団が苦手	<input type="checkbox"/> こだわりが強い	<input type="checkbox"/> 状況に応じた行動が苦手	<input type="checkbox"/> 計画を立てての行動が苦手		
( )	( )	( )	( )	( )		
<input type="checkbox"/> 注意がそれやすい	<input type="checkbox"/> じっとしているのが苦手	<input type="checkbox"/> 約束を忘れる	<input type="checkbox"/> 物をよく失くす	<input type="checkbox"/> 読み書きが苦手		
( )	( )	( )	( )	( )		
<input type="checkbox"/> やめたくてもやめられずに困っていることはありませんか？						
(例えば、アルコール・タバコ・ギャンブル・インターネット・ゲームなど：)						
<input type="checkbox"/> その他 ( )						

② 上記の症状について、医療機関や相談機関などに受診や相談に行かれたことはありますか。

例 受診・相談先 ( 松橋療育センター ) H29年 月 ( 2 ) 歳頃～現在 年 月 ( 8 ) 歳頃

● 受診・相談先 ( ) 年 月 ( ) 歳頃～ 年 月 ( ) 歳頃

● 受診・相談先 ( ) 年 月 ( ) 歳頃～ 年 月 ( ) 歳頃

例 受診・相談結果 ( 自閉症スペクトラム症の診断。年齢的に転医を勧められた。 )

● 受診・相談結果 ( )

③ 当院はどのようにしてお知りになりましたか。

- ・医療機関、施設の紹介 (施設名称 ) ・ 保育園 ・ 幼稚園 ・ 学校
- ・市町村 (健診・相談・その他) ・ 保健所 ・ 職場 ・ 知人 ・ ネット検索

次頁に続きます

- ④ 内服中の薬 ない・ある（薬品名）  
 ⑤ 薬の副作用 ない・ある（薬品名）  
 症状：発疹、発熱、しびれ、吐き気、頭痛、眠気、アレルギー性ショック、他（  
 ⑥ 食物アレルギー ない・ある（食品名）  
 ※「ある」にチェックをされた方で、強いアレルギー性ショックを起こしたことはありますか。  
 ない・ある（いつ頃） 症状

⑦ 家族構成

● 両親・兄弟姉妹・同居の祖父母など

続柄	年齢	職業・就学状況	健康面など	同居の有無等	居住地
例：父	50	会社員	うつ状態	同居 <b>別居</b> ・離婚・音信不通・死去	東京都
				同居・別居・離婚・音信不通・死去	
				同居・別居・離婚・音信不通・死去	
				同居・別居・離婚・音信不通・死去	
				同居・別居・離婚・音信不通・死去	
				同居・別居・離婚・音信不通・死去	

● 配偶者・子どもなど

続柄	年齢	職業・就学状況	健康面など	同居の有無など	居住地
例：長男	14	中学2年生	不登校気味	<b>同居</b> ・別居・離婚・音信不通・死去	
				同居・別居・離婚・音信不通・死去	
				同居・別居・離婚・音信不通・死去	
				同居・別居・離婚・音信不通・死去	
				同居・別居・離婚・音信不通・死去	

⑧ 本人の出生地、またはお生まれになった地域（ ）

⑨ 大切な人や物を失ったことがあるなど、とても辛い経験がありますか。  
 ない・ある（どのような経験ですか）

⑩ 現在利用している社会制度

- ・自立支援医療（精神通院）
- ・特別児童扶養手当
- ・障害児福祉手当
- ・特別障害者手当
- ・障害（基礎・厚生）年金\_\_\_\_級
- ・療育手帳\_\_\_\_（判定）（最終検査\_\_\_\_年\_\_\_\_月）
- ・精神障害者保健福祉手帳\_\_\_\_級
- ・身体障害者手帳\_\_\_\_級
- ・介護保険（例：介護区分、ケアマネージャー有など）
- ・その他（ ）

ご協力ありがとうございました。

続けて、相談員から案内のあった記入用紙への回答をお願いいたします。