

# 飛騨市こどものこころクリニック 問診票 (初診の方へ)

平成 年 月 日記入

刀がナ 患者氏名 生年月日( H. 年 月 日生まれ)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	満年齢 歳	学校・園名 :                      学校・                      保育園 <input type="checkbox"/> 未満児 ・ <input type="checkbox"/> 年少 ・ <input type="checkbox"/> 年中 ・ <input type="checkbox"/> 年長 <input type="checkbox"/> 小学校 年生 <input type="checkbox"/> 中学校 年生
住所 (〒 - )			
記入者氏名		連絡先電話番号 (続柄 )	

**○今日相談したいこと、お困りのことは何ですか？**

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った・・・等)

**○現在の通園、登校状況を教えてください。**

- 毎日出席       遅刻・早退が多い       時々休む       保健室や別室へ登校  
 不登校 ( 年生の頃から)

**○これまでに療育機関、相談機関、学校・保育園・精神科・心療内科などに相談されたことはありますか？**

- いいえ  
 はい

いつ頃から
相談施設名
指導内容・治療内容等
その他

○どのようにして当クリニックをお知りになりましたか。また、受診を勧められた等がございましたらその経緯等をお書きください。

○当クリニックにどのようなことを希望されていますか。※複数回答可

- 診断     検査     対応について     今後について     進学・支援級について
- その他    ( )

○今までに大きな病気にかかったことはありますか

- いいえ
- はい  
いつ ( ) 病名 ( )  
入院歴 ( 回)  
※いつから ( ) 期間 ( ) 病院名 ( )

○現在飲んでいる薬はありますか？

- いいえ
- はい

薬名	処方されている病院

○転居・引っ越し等したことはありますか

- いいえ
- はい

何歳の時	どこからどこへ	理由
歳	→	
歳	→	
歳	→	

○転校したことはありますか

- いいえ
- はい

何年生の時	学校等名
	→
	→
	→

**○家族構成についてご記入ください** (亡くなられた方も記入してください)

\_\_\_\_\_人暮らし 同居している人→ 父、母、兄弟姉妹\_\_\_\_\_名、父方祖父、父方祖母、母方祖父、母方祖母、  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

<b>父</b>	健康・病気・別離( _____年 _____月~)		
	死亡( _____年 _____月原因 _____ )		
生年月日 _____年 _____月 _____日(満 _____歳)			
出身地		最終 学歴	
職業		成績	上・中・下
父方 祖父	_____歳 健康・病気・死亡 会う頻度 : _____年・_____月・_____週 _____回		
父方 祖母	_____歳 健康・病気・死亡 会う頻度 : _____年・_____月・_____週 _____回		
きょうだい (歳)			
性格			

<b>母</b>	健康・病気・別離( _____年 _____月~)		
	死亡( _____年 _____月原因 _____ )		
生年月日 _____年 _____月 _____日(満 _____歳)			
出身地		最終 学歴	
職業		成績	上・中・下
母方 祖父	_____歳 健康・病気・死亡 会う頻度 : _____年・_____月・_____週 _____回		
母方 祖母	_____歳 健康・病気・死亡 会う頻度 : _____年・_____月・_____週 _____回		
きょうだい (歳)			
性格			

**兄弟姉妹** : 記入してください (亡くなられた方も記入してください) 。 \_\_\_\_\_人兄弟 (本人は第 \_\_\_\_\_子)

続柄	年齢(歳)	(年生)	職業・学校等	備考(性格等)

- ・家族に複雑な事情はありますか?  はい ( \_\_\_\_\_ )  いいえ
- ・家族・親戚にいとこ婚された方はいますか?  はい  いいえ
- ・家族・親戚 (おじ、おば、いとこくらいまで) に下記の病気の方はおみえですか?  
 知的障害  発達障害  言葉の遅れ  てんかん  精神疾患 ( \_\_\_\_\_ )  
 神経疾患 ( \_\_\_\_\_ )  その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 いません

**○ご本人の性格についてお聞きします。**

	性格はどんなですか?	長所はどんなところ?	欠点はどんなところ?
自分から見て <small>※書ける場合のみ</small>			
ご両親から見て			
得意なことや特技は なんですか?			
趣味は何ですか?			

○生まれてから、現在に至るまでのことを教えてください。

■ 出産時の様子についておたずねします

・在胎週数	_____ 週	(	<input type="checkbox"/> 安産	・	<input type="checkbox"/> 難産(内容	)
・新生児仮死	<input type="checkbox"/> ない	・	<input type="checkbox"/> ある			
・出生時の状況	体重_____ g	身長_____ cm	頭囲_____ cm	胸囲_____ cm		
・保育器の使用	<input type="checkbox"/> ない	・	<input type="checkbox"/> ある(使用期間_____ 日)			
・黄疸の有無	<input type="checkbox"/> ない	・	<input type="checkbox"/> ある(光線治療を受けた期間_____ 日)			
・哺乳力	<input type="checkbox"/> 良好	・	<input type="checkbox"/> 普通	・	<input type="checkbox"/> 不良	

■ 0歳～2歳の様子についておたずねします

・首のすわり	(	_____ か月)	・おすわり	(	_____ か月)
・はいはい	(	_____ か月)	・ひとり歩き	(	_____ 歳 _____ か月)
・始語	(	_____ 歳 _____ か月)	・おむつはずれ	(	_____ 歳 _____ か月)
・2語文	(	_____ 歳 _____ か月)			
・0歳～2歳の間で気になった、または周囲から指摘されたことのある行動にチェックしてください。					
<input type="checkbox"/>	人見知り(8～9か月)がなかった		<input type="checkbox"/>	後追いがなかった	
<input type="checkbox"/>	抱っこしていないと寝なかった		<input type="checkbox"/>	不機嫌でいることが多かった	
<input type="checkbox"/>	視線が合わなかった		<input type="checkbox"/>	名前を呼んでも振り向かなかった	
<input type="checkbox"/>	抱っこを嫌がったまたは抱きにくいと感じた				
<input type="checkbox"/>	その他、育てにくいと感じたことがある				
具体的な様子					
_____					
・乳幼児健診(4か月/10か月/1歳6か月/3歳児健診等)で指摘されたことがありますか。					
<input type="checkbox"/>	ない				
<input type="checkbox"/>	ある				
いつの健診で何を指摘されましたか					
_____					

■ 幼児期についておたずねします。

1)	幼稚園や保育園に通いましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	：(	_____ )	才から	園名：
2)	療育機関に通ったことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	：(	_____ )	才から	機関名：
3)	運動会や発表会など行事への参加の様子	<input type="checkbox"/> 問題なかった	<input type="checkbox"/> 参加できなかった				
		<input type="checkbox"/> 練習と本番とで様子が違った(具体的：					)
4)	集団教育のなかで何か気になることはありましたか？						
	※例えば・友達が少ない、けんかが多い、ひとり遊び、先生の指示に従えない、トラブルなど						
	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	(いつ：			どんな：	)

◆学習や勉強について教えてください。問題がある場合はどのような問題かご記入ください。

得意・好きな教科		書字の問題	ない ある ( )
苦手・嫌いな教科		読字の問題	ない ある ( )
手先の器用さ	不器用 ・ 器用	計算の問題	ない ある ( )
運動神経	良い ・ 普通 ・ 悪い	視力・聴力の 問題	ない ある ( )
成績	小学校1～2年生 → 上 ・ 中の上 ・ 中 ・ 中の下 ・ 下 小学校3～4年生 → 上 ・ 中の上 ・ 中 ・ 中の下 ・ 下 小学校5～6年生 → 上 ・ 中の上 ・ 中 ・ 中の下 ・ 下 中学校 → 上 ・ 中の上 ・ 中 ・ 中の下 ・ 下		

■ 小学校期についておたずねします。

1) 小学校について教えてください。

学校名：  
 普通級（通級学級利用  なし ・  あり 年生～）  支援学級  
 転校経験： なし  あり（時期）  
 習い事： していない  している（）

2) 出席状況について教えてください。

毎日出席  遅刻・早退が多い  時々休む  保健室・適応指導教室への登校  
 不登校（ 年生の頃）

3) 学校生活について当てはまるものにチェックしてください。（複数回答可）

忘れ物が多い  片づけや整理整頓ができない  授業中、無断で席を離れることがある  
 ぼーっとしていることがある  落ち着きがない  空気の読めない振る舞い、発言がある  
 一人であることが多い  友達とのトラブルが多い  いじめられたことがある  
 45分間着席ができない  不器用である  野球やマット運動など運動が苦手だ  
 新学期など新しい場所や人に慣れるのに時間がかかる  
 その他・気になったこと・困っている事など  
 （）

4) 集団教育のなかで何か気になることはありましたか？  
 ※例えば・・・友達が少ない、けんかが多い、ひとり遊び、先生の指示に従えない、トラブルなど

小学校1～2年生  ない  ある（どんな：）  
 小学校3～4年生  ない  ある（どんな：）  
 小学校5～6年生  ない  ある（どんな：）

■ 中学校期についておたずねします。

1) 中学校について教えてください。

学校名： \_\_\_\_\_

普通級           支援学級

転校経験：  なし     あり（時期 \_\_\_\_\_ ）

部活・習い事：  していない     している（ \_\_\_\_\_ ）  
（ \_\_\_\_\_ 年生から \_\_\_\_\_ 年生まで \_\_\_\_\_ 部）

2) 出席状況について教えてください。

毎日出席     遅刻・早退が多い     時々休む     保健室・適応指導教室への登校  
 不登校（ \_\_\_\_\_ 年生の頃）

3) 集団教育のなかで何か気になることはありましたか？

※例えば・・・友達が少ない、けんかが多い、ひとり遊び、先生の指示に従えない、トラブルなど

中学校1年生  ない     ある（どんな： \_\_\_\_\_ ）

中学校2年生  ない     ある（どんな： \_\_\_\_\_ ）

中学校3年生  ない     ある（どんな： \_\_\_\_\_ ）

※問診票はここまでです。記入漏れがないかご確認ください。

○このほか特にお伝えしたいこと等ございましたら自由に記載してください。

国民健康保険飛騨市こどものころクリニック

TEL:0577-57-7110 FAX:0577-57-7112 E-mail : [kodomonokokoro@city.hida.gifu.jp](mailto:kodomonokokoro@city.hida.gifu.jp)  
〒509-4221 岐阜県飛騨市古川町若宮2丁目1-60

【市役所の所管部署】

飛騨市 市民福祉部 地域包括ケア課 地域医療係 住所：同上

TEL：0577-73-6233 FAX：0577-73-3604 E-mail：[hokatsukea@city.hida.gifu.jp](mailto:hokatsukea@city.hida.gifu.jp)