

飛騨市こどものこころクリニック

市内小中学校教員向け「無料メンタル相談」問診票

令和 年 月 日記入

フリガナ	性別	満年齢	勤務する学校名
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	学校
生年月日 年 月 日生まれ 出身地:			
住所 (〒 -)			

※問診表の内容でわからないことや覚えていないこと、記入したくないことがありましたら、そのようにお書きください。
また、記入スペースが足りない場合は、空いているスペースや別紙にお書きください。

① 相談したいことは以下のどれですか。

- 1. 自身の健康について 例) 感情的になってしまう・夜、眠れなくなったなど
- 2. 家族について 例) 育児の悩みなど
- 3. 仕事について 例) 指導方法の悩みや疑問、人間関係など

② 相談内容を簡潔にお書きください (いつ頃から、どのような症状があった等)

③ これまでに精神科、心療内科、相談機関などに相談・受診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・機関名
診断名 (あれば)
治療内容 (どんな説明を受けていますか?)

④ 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→ 何歳頃 () 病名 ()
 入院 なし あり→ () 歳のとき 病院名 ()
 手術 なし あり→何の手術でしたか? ()

⑤ 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

⑥ 家族構成を下の表に記入してください

<現在の同居家族>

__人 [配偶者・子ども__人・実父・実母、配偶者の父・配偶者の母・その他__人]

続柄	年齢	職業・所属など	性格など

<現在別居の実家族（ご自身の両親・きょうだい、進学・就職等で別居の子ども等）>

続柄	年齢	現在の状況・職業・学校など
		別居(市)・死去(年前)

・家族に複雑な事情はありますか？

- いいえ はい → ()

・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いますか？

- 知的障害 発達障害 てんかん 精神疾患 () 神経疾患 ()
 その他 ()
 いません

⑥ 職歴（現職と教師になる前の職歴があれば記載して下さい）

現在：（ ）歳 ～ 職業（ 教 師 ）学校名（ ）

現職中 休職中

過去の職歴：

⑦ ほかに伝えておきたいことがあれば自由にご記載ください

※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。

国民健康保険飛騨市こどものこころクリニック

TEL:0577-57-7110 FAX:0577-57-7112 E-mail : 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