

問 診 票（高校生）

お名前： _____ 生年月日： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳） 男・女

学校名： _____ 学年： _____ 年生

記載者： _____ 続柄（ _____ ） 記載日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 今回、受診される相談内容はどのようなことですか。

例）片付けが苦手。予定の管理ができない。緊張が強く、外出できない。

以下の質問は、あてはまるところに○をつけてください。

2. 当センターのことは、どのようにして知りましたか。

紹介されたので（誰に _____ ） 自分で調べて（ホームページ 広報）

3. これまでに上記の内容について相談された機関や利用された機関などがあれば、お書きください。

いつ頃、誰に、相談内容、その時に受けたアドバイス を記入してください。

4. 今までに、大きな病気にかかったことや、手術の経験があれば、ご記入ください。

5. これまでに、精神科・神経内科・心療内科を受診したことがあれば、お書きください。

いつ頃、どんな症状で、どこへ を記入してください。

6. 過去に当センターへ相談したことはありますか。

なし あり（いつごろ _____ ）

7. ご家族で当センターを利用した方がいますか。 はい（誰が _____ ） いいえ

8. 保育・教育歴についてお書きください。

（ _____ ） 保育園・幼稚園 （ _____ ） 小学校（通常級 情緒級 知的級 通級）

（ _____ ） 中学校（通常級 情緒級 知的級 通級）

（ _____ ） 高校 卒・中退 （ _____ ） 専門学校 短大 大学 卒・中退

（ _____ ） 特別支援学校 （ _____ ） 特別支援学校 （ _____ ） 特別支援学校

その他の教育機関（ ） 卒・中退

9. 職歴についてお書きください。

年齢	期間	職種・会社名など

10. 婚姻歴についてお書きください。

・結婚 なし あり（いつごろ ）

・離婚 なし あり（いつごろ ）

・女性の方は、出産歴についてお答えください。

現在妊娠を、 していない している

妊娠、出産経験 なし あり

11. アレルギーの有無についてお答えください。

・なし あり（内容： ）

12. 飲酒・喫煙の状況についてお答えください。

・飲酒 する しない（ ）日に（ ）回（量： ）

・喫煙 する しない（ ）日に（ ）本

13. 生活の状況についてお答えください。

・睡眠 問題なし 不良（内容： ）

・食欲 問題なし 不良（内容： ）

・便秘 問題なし 不良（内容： ）

14. 家族構成をご記入ください。（受診される方以外をご記入ください。）

氏名	続柄	生年月日	年齢	保・幼・学校・職業

・家族、親族の方で、病気・障害をもたれている方がいますか。誰が（ ）

精神障害 発達障害 知的障害 その他（ ）

15. 母子手帳などで分かる場合は、記入をお願いします。保護者の方でも結構です。

妊娠中

妊娠中の異常 なし あり（内容： ）

出生時

お母さまの年齢（ ）歳 予定日（H・R 年 月 日） 妊娠期間（ 週 日）

体重（ ）g 身長（ ）cm 頭囲（ ）cm

出生時の異常 なし あり(内容:)

新生児期

保育器（ ）日目から（ ）日間、 黄疸（普 中 強）、 光線療法（ ）日間

人工呼吸器（ ）日目から（ ）日間

新生児期の異常 なし あり(内容:)

栄養: 母乳・人工・混合・チューブ栄養(あり・なし)

発達

首のすわり（ ）か月 寝返り（ ）か月 ひとりでお座り（ ）か月

はいはい（ ）か月 つかまり立ち（ ）か月 ひとり立ち（ ）か月

始歩（ ）歳（ ）か月

あやすとわらう（ ）か月 「バー」「ブー」などの繰り返し（ ）か月

「ワンワン」など意味のある言葉（ ）歳（ ）か月

「ワンワンいた」などの二語文（ ）歳（ ）か月

予防接種

接種したものに○をつけてください。

BCG 4(3)種混合 ロタウイルス ヒブ 肺炎球菌 MR(麻疹・風疹) B型肝炎 水痘 おたふく

今までにかかった病気

○をつけてください。

熱性けいれん てんかん アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 喘息 肺炎 中耳炎 髄膜炎

事故 頭部外傷 骨折 その他()

受けたことのある検査

○をつけてください。

先天代謝異常スクリーニング 染色体 脳波 CT MRI(部位)

新生児聴覚スクリーニング (自動ABR・OAE)

現在かかっている病気

()

内服中の薬

()

16. 今までの健診で指摘を受けたことが、ありますか。

7か月健診	なし あり (運動 体重 言葉 行動 その他_____)
1歳半健診	なし あり (運動 体重 言葉 行動 その他_____)
3歳健診	なし あり (運動 体重 言葉 行動 その他_____)

・ 幼稚園、保育園の健診や担任から指摘、気になったことがありますか。具体的にお書きください。

・ 小学校、中学校の健診や担任からの指摘、気になったことがありますか。具体的にお書きください。