

児童思春期外来 問診票

年 月 日

患者氏名(フリガナ):	男 女	記入者氏名:(間柄:)	電話番号:	緊急連絡先:
	様	様	- -	- -
住所: 〒 -	生年月日:		年齢:	学年:
	昭和 平成	年 月 日生	歳	年生
同居中の家族:				
◎今一番つらい症状やお悩みをありのままにお書きください。				
◎悩みが始まったのはいつ頃ですか? → (年 月) または (歳) 頃				
◎悩みのきっかけはありましたか?				
◎悩みの経過は? → 始まったばかり・変化ない・悪化している				
◎当院への希望 → 相談・検査・診断・治療・カウンセリング・その他 ()				
◎精神科のお薬を服用することについて → 必要なら使用したい・抵抗がある→理由 ()				
◎これまでに相談したところがありますか? また、その結果はどうでしたか? ※複数ある場合はそれぞれお書き下さい。				
◎妊娠中や出産時に変わったことはありましたか? ない・ある ()				
◎乳幼児健診で何か指摘されたことはありましたか? ない・ある ()				
◎それぞれの時期で友達や先生に馴染めましたか? 気になる出来事はありましたか?				
幼稚園	ない・ある ()			
小学校低学年	ない・ある ()			
小学校高学年	ない・ある ()			
中学校	ない・ある ()			
高校	ない・ある ()			
◎今までに大きな病気やけがをしたことがありますか? また治療中の病気がありますか? (例: 8歳~ 小児喘息)				
◎家族や親戚のなかで精神科にかかったことがある方がいますか? (例: 叔父 40歳~ うつ病)				
◎お薬や、食べもののアレルギーはありますか? ない・ある ()				
◎現在服薬中のお薬はありますか? ない・ある ()				
◎当院をどちらで知りましたか? 紹介 (様) ・ホームページ・チラシ・看板・その他 ()				

ご記入が終わりましたら問診票を受付までお持ちください。ご協力ありがとうございました。