

# 問診票

ふりがな  
氏名: \_\_\_\_\_ 性別: 男 女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 職業 学生 会社員 自営業  
主婦 無職 その他( \_\_\_\_\_ )

住所: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_ 携帯電話: \_\_\_\_\_

●ご家族についてご記入ください

続柄	名前	年齢	職業	同居
例)妻	花子	35	事務	<input type="radio"/>

●アレルギーといわれたことはありますか？

- はい( \_\_\_\_\_ )  
いいえ

●今まで大きな病気にかかったことはありますか？

- はい( \_\_\_\_\_ )  
いいえ

●ご家族の中に、精神科や心療内科にかかられたことがある人はいますか？

- はい どなた:  
医療機関名:  
診断名:

いいえ

●現在、下記の症状があれば☑してください

- 糖尿病           甲状腺機能亢進症  
高血圧           循環器疾患(心筋梗塞など)  
てんかん       高脂血症

身長 \_\_\_\_\_ cm    体重 \_\_\_\_\_ kg

●相談したいことは何ですか？具体的にお願いします(いつ頃から、どのような症状があったか等)

●これまでに精神科、心療内科、相談機関などに相談されたことはありますか？

病院・機関名	年齢	相談内容

●当院への受診を、家族にどのように説明しましたか？

●当院にどのようなことを希望されますか？

- 診断・診断書作成   検査   お薬の処方  
説明・助言   今後についての相談  
他院・他機関への紹介   カウンセリング  
その他( \_\_\_\_\_ )

## ●現在の様子について教えてください

## 1)睡眠

- 寝付けない   寝すぎる   朝、起きられない   夜中に目が覚める   昼夜逆転  
いびきがひどい   歯ぎしり   睡眠中に息がとまる  
睡眠障害・無呼吸症候群の診断を受けたことがある

## 2)気分の問題

- イライラしている   落ち込んでいる   すぐに涙が出る   すぐに怒る   気分にもらがある  
その他( )  
 → をつけた気分はどのくらい持続していますか?(      年      月頃から)

## 3)下記のような様子があれば☑してください

<感覚過敏>(苦手な音、着心地などに対する強いこだわり)

- 音   味   匂い   肌触り   まぶしさ  
 (どんな時、どんなものが苦手ですか? )

## &lt;日常生活&gt;

## 【就業・学業】

- 約束を忘れたり、時間を間違えたりして時間のマネジメントができない  
重要な予定や課題、書類(プリント・宿題)などを忘れたり紛失したりしてトラブルになる  
上司(教員、先輩)や同僚(同級生)、取引先の人との関係を円滑に維持できない  
離職や転職を繰り返す

## 【人間関係】

- 3人以上の会話についていけない  
世間話が出来ない  
パートナーとの関係がうまく維持できなかつたり、離婚をしたりしたことがある  
初めはとても仲良くなるが、その内うまくいかなくなる

【家事】うまくいかないと感じているものに☑し、具体的に記入してください

- 炊事( ) )  
洗濯( ) )  
掃除( ) )

## 【育児】

- 子どもが望んでいることがわからない、または望んでいないことをする  
子どもの幼稚園・保育園、学校の準備や宿題の確認などがサポートできない  
子どもに対して、しばしば感情的な受け答えをする

4)休日やご自宅での過ごし方について、できるだけ具体的にご記入ください(週の外出回数、目的など)

---



---

5)趣味はなんですか？ \_\_\_\_\_

6)女性の方にお聞きします

月経周期( 定期 ・ 不定期 ・ 閉経 ) 妊娠の可能性( あり ・ なし ・ わからない )

●生まれてから、現在に至るまでのことを教えてください

家 族	1) 子どもの頃、一緒に住んでいた家族について 教えてください	2)子どもの頃、または青年期に次のような経験をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 大切な人を亡くす、または離れ離れになる <input type="checkbox"/> 身体的虐待 <input type="checkbox"/> 心理的虐待 <input type="checkbox"/> 性的虐待 <input type="checkbox"/> ネグレクト(養育放棄) <input type="checkbox"/> 家庭内暴力 <input type="checkbox"/> 家族内ストレス <input type="checkbox"/> 経済的問題(貧困・金銭トラブル等)																					
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">続柄</th> <th style="width:40%;">名前</th> <th style="width:40%;">現在の年齢</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	続柄	名前	現在の年齢																			
続柄	名前	現在の年齢																					
乳 幼 児 期	1) 出生時のことについておたずねします 妊娠(          週) 出生体重(          g) <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 仮死状態 <input type="checkbox"/> 低体重(2000g未満)																						
	2) 発達について 健診での指摘はありましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:(          )歳時健診で (          )を指摘 ひとり歩き(          か月) はじめての言葉(          か月)																						
	3)幼稚園や保育所に通いましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい:(          )歳から 園名 _____																						
	4)療育機関に通ったことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい:(          )歳から 園名 _____																						
	5)就学前までの記憶や、ご家族に聞いた話から当てはまるものを☑してください(複数回答可) <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい <input type="checkbox"/> 人への興味が低い <input type="checkbox"/> アイコンタクトがない <input type="checkbox"/> よく迷子になる <input type="checkbox"/> 物、順番へのこだわり <input type="checkbox"/> パニックやかんしゃく <input type="checkbox"/> 音や匂いに敏感 <input type="checkbox"/> 指示に従いにくい <input type="checkbox"/> 手先の不器用(ハサミ、ボタン) <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 運動の不器用(鉄棒、縄跳び、自転車など) <input type="checkbox"/> その他、印象に残っていることなど (          )																						

- 学  
校  
生  
活
- 1)小学校: \_\_\_\_\_ 学校 転校経験: なし あり  
公立小学校(普通学級 支援学級) 特別支援学校 私立小学校  
 →小学校時代の学習について教えてください。成績は…上位 中位 下位  
 →極端に苦手だったものがあれば☑してください(複数回答可)  
計算 音読 所持 作文 漢字 文章問題 その他( )
- 2)中学校: \_\_\_\_\_ 学校 転校経験: なし あり  
公立中学校(普通学級 支援学級) 特別支援学校 私立中学校  
 →中学校時代の学習について教えてください。成績は…上位 中位 下位  
 →得意科目( ) 苦手科目( )  
 →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・別室への登校 不登校( 年生頃)  
 →部活動は何をしていますか? \_\_\_\_\_
- 3)高校: \_\_\_\_\_ 学校 転校経験: なし あり  
公立高校(普通学級 支援学級) 特別支援学校 私立高校  
 →高校時代の学習について教えてください。成績は…上位 中位 下位  
 →得意科目( ) 苦手科目( )  
 →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・別室への登校 不登校( 年生頃)  
 →部活動は何をしていますか? \_\_\_\_\_
- 4)学校生活について、当てはまるものに☑してください(複数回答可)  
忘れ物や失くし物が多い 授業中など無断で席を離れる 整理整頓できない  
提出物を出せない(期限を守れない) 集中力・落ち着きがない 空気の読めない振る舞いや発言  
運動の不器用(球技、縄跳び、体操など) 手先の不器用(ハサミやちょうちよ結びなど)  
友達とのトラブル(いじめ・仲間はずれ) 善悪の判断がつかない  
停学処分や出席停止処分を受けた  
その他印象的なこと:下記に詳しくご記入ください  
 ( )
- 5)学校生活の中で困ったことや、うまくいかないと感じることがありましたか?  
いいえ はい:どのようなことが下記にご記入ください  
 \_\_\_\_\_

高校卒業後学歴	1) 高校卒業後に教育(大学、専門学校など)を受けましたか？または現在受けていますか？			
	学校名	選考	機関	卒業の状況
	例)△△大学	経済学	H20.4~H25.9	退学
2) 学校生活の中で困ったことや、うまくいかないと感じることがありましたか？				
□いいえ □はい:どのようなことか下記にご記入ください				
_____				
_____				
職歴	1) これまで、どのような仕事をしましたか？			
	職場	仕事内容	機関	辞めた理由
	例)△△会社	事務職	H26.4~H27.3	人間関係
2) 今の仕事について教えてください				
勤務時間( ) 1か月の出勤日( )				
時間外勤務( )業務内容( )				
( )				
3) 仕事の中で困ったことや、うまくいかないと感じることがありましたか？				
□いいえ □はい:どのようなことか下記にご記入ください				
_____				
_____				
社会生活など	1) 結婚したことはありますか？ □いいえ □はい(いつ頃: )			
	お子様はいらっしゃいますか？ □いいえ □はい( 人)			
	2) 下記のものを摂取していますか？			
□たばこ(1日 本) □アルコール( 毎日 ・ 時々 )量: _____ /1回				
3) これからの治療に協力してくれる人はいますか？				
□いいえ □はい(どなたですか?: )				

【医療機関について】

1) 現在、他の医療機関に通院していますか？(精神科・診療内科・その他)

いいえ

はい:下記に受診している医療機関名、疾患名、主治医、処方薬についてご記入ください

(医療機関名: 疾患名: 主治医: )

(医療機関名: 疾患名: 主治医: )

(医療機関名: 疾患名: 主治医: )

<処方薬>※市販品もご記入ください

2) この1年間で健診を受けましたか？

いいえ

はい(時期: 指摘事項: )

3) 制度やサービスの利用について、該当するものについてご記入ください

●自立支援制度(精神通院医療) なし あり(登録機関: )  
(期間: )

●障害者手帳 なし あり →身体( 級) 期限:  
療育(等級: )期限:  
精神( 級)期限:

●障害福祉サービス なし あり(区分: )  
(相談支援事業所、担当者: )

(利用しているサービス、事業所名: )

- 介護保険 なし あり(区分: \_\_\_\_\_ )  
(居宅介護支援事業所、担当者: \_\_\_\_\_ )  
(利用しているサービス、事業所名: \_\_\_\_\_ )

●年金 なし あり( 老齢 ・ 障害 ・ 遺族 ) \_\_\_\_\_ 級

※自立支援受給者証(+自己負担上限管理票)、障害者手帳をお持ちの方は、受診当日にご持参ください。また、今後当院に自立支援受給者証の更新手続きを依頼する場合は、保険証、年金証書等のコピーが必要になりますので受付にお申し出ください。

【その他】

●このシートに記入いただいた方はどなたですか？

本人 本人以外(お名前: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_ )  
記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●当院をどのようにしてお知りになりましたか？

クリニック・病院からの紹介 (紹介元: \_\_\_\_\_ )  
紹介状はありますか？ いいえ はい:紹介状がある方はご持参ください  
知人の紹介(当院患者様 患者様ご家族 当院職員 その他: \_\_\_\_\_ )  
インターネット 電話帳 広告 その他: \_\_\_\_\_

ご不明な点やお伝えしたいことなどございましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。