

問診票 1

予約日時	平成 年 月 日 () 時 分
------	------------------

フリガナ お名前		性別	男 ・ 女
生年月日		年齢	歳
記入者		続柄	

① 本日、受診された理由を [] ご記入ください。またそれはいつ頃からですか。難しいようであれば、下記の項目にチェックし各項目下の()にいつ頃からかご記入ください。

• 意欲が出ない ()	• 気分の落ち込み ()	• 集中力の低下 ()	• 思考力の低下 ()	• 興味が湧かない ()	• 疲労感 ()	• 死を考える ()
• 寝つきが悪い ()	• 途中何度も起きる ()	• 早く目が覚めてしまう ()	• 熟睡感がない ()	• 朝起きれない ()	• 昼間も眠い ()	
• 不安が強い ()	• イライラしやすい ()	• 周囲の視線が気になる ()	• 人と会うと緊張する ()	• 細かいことが気になる ()		
• 同じことを何度も繰り返したり、確認したりする ()	• もの忘れ ()	• 尿失禁または頻尿 ()				
• 食欲がない ()	• 拒食 ()	• 過食 ()	• 偏食 ()	• 吐き気 ()	• 腹痛 ()	
• 下痢または便秘 ()	• 頭痛 ()	• 肩こり ()	• めまい ()	• 耳鳴 ()	• 動悸 ()	• 息苦しさ ()
• しびれ ()	• 月経不順 ()	• 性機能不全 ()	• 夜尿 ()	• 意識消失 ()	• てんかん・けいれん発作 ()	
• 人付き合いが苦手 ()	• 集団が苦手 ()	• こだわりが強い ()	• 状況に応じた行動が苦手 ()	• 計画を立てての行動が苦手 ()		
• 注意がそれやすい ()	• じっとしているのが苦手 ()	• 約束を忘れる ()	• 物をよく失くす ()	• 読み書きが苦手 ()		
• やめたくてもやめられずに困っていることはありませんか? (例えば、アルコール・タバコ・ギャンブル・インターネット・ゲームなど：)						
• その他 ()						

② 上記の症状について、医療機関・相談機関などに相談に行かれたことはありますか。

例： ○○クリニック H28年2月~H29年5月 検査を受け自閉症の診断
 どこに()いつ頃()結果()
 どこに()いつ頃()結果()

③ 当院はどこでお知りになりましたか。

- 医療機関からの紹介 (紹介先：)
- 利用中または相談した施設から (施設名：)
- 市町村 (健診 ・ 相談 ・ 訪問 ・ その他) ・ 保健所 (総合発達 ・ 精神発達相談)
- 保育園 ・ 幼稚園 ・ 学校 ・ 職場 ・ 知人 ・ インターネット ・ 看板

(裏面に続きます)

④ 現在、通園および通学していますか。通っておられる場合は（ ）に園名または学校名、お勤めの方は勤務先、お仕事の内容などのご記入をお願いします。

未就園、（ ）保育園、（ ）幼稚園、
（ ）小・中・高・大学（普通学級・支援学級・通級利用）
勤務先、職種など（ ）

⑤ 現在内服中のお薬はありますか。

ない ・ ある（薬品名： ）

⑥ 薬の副作用で困られたことはありますか。

ない ・ ある（薬品名： ）
症状：発疹、発熱、しびれ、吐き気、頭痛、眠気、アレルギー性ショック、その他（ ）

⑦ 食物のアレルギーは

ない ・ ある（食品名： 症状： ）

※「ある」にチェックをされた方で、強いアレルギー性ショックを起こしたことはありますか。

ない ・ ある（いつ頃： 症状： ）

⑧ 現在同居している方はいますか。いない ・ いる

同居者の本人以外的人数と、続柄、年齢を下のスペースに記入してください。別居している場合でもご両親・ご兄弟については全員記入してください。

（同居者）本人以外____人

（別居者）

例：母方の祖母（80歳）、母（50歳）、弟（10歳）

例：父（50歳）、姉（20歳）

⑨ 大切な人や物を失ったことがあるなど、とても辛い経験がある

ない ・ ある（どのような経験ですか： ）

⑩ 現在利用している社会制度はありますか。

- ・ 自立支援医療（精神通院医療） ・ 特別児童扶養手当 ・ 障害児福祉手当 ・ 特別障害者手当
- ・ 障害年金____級 ・ 療育手帳____（最終検査：____年____月）
- ・ 精神障害者保健福祉手帳____級 ・ 身体障害者手帳____級
- ・ その他（ ）

ご協力ありがとうございました。続けて、お電話などで相談員から案内のあった記入用紙への回答をお願いいたします。