

はじめて受診される方へ

記入日 年 月 日

記入者氏名： 続柄： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ）

<本人の情報>

フリガナ	生年月日： 年 月 日（ ）歳		
氏名	性別（ <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女）		
住所	〒	電話	
紹介機関 ・ 紹介者名			

<主 訴>

1. 来院されたのはどのような心配や問題のためでしょうか？

--

2. 心配や問題が始まった時期は、いつ頃ですか？（ 年 月頃、あるいは 歳頃）

3. 心配や問題の経緯について簡単にお書きください。

--

4. 次のうち、当外来でお受けになりたいものにチェックして下さい（複数可）。

<input type="checkbox"/> 診断	<input type="checkbox"/> 医学的検査	<input type="checkbox"/> 心理検査
<input type="checkbox"/> 医師のカウンセリング	<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> 心理士のカウンセリング

<相談歴・受診歴>

5. 上記の心配や問題のことで今までに（医療以外の）相談機関に相談したことはありますか？

歳（ 年生）から 歳（ 年生）まで	どこに：
歳（ 年生）から 歳（ 年生）まで	どこに：
今も相談中	どこに：

6. 就学前に通っていた・いるところ（児童発達センター・自治体の親子教室など）はありますか？

年（ 歳）から	年（ 歳）まで	どこに：
年（ 歳）から	年（ 歳）まで	どこに：

7. 上記の心配や問題のことで今までに医療機関で治療を受けたことがありますか？（ある・ない）

年 月 日から 年 月 日まで 医療機関名：	左記の期間の状態と治療内容：
年 月 日から 年 月 日まで 医療機関名：	左記の期間の状態と治療内容：
年 月 日から 年 月 日まで 医療機関名：	左記の期間の状態と治療内容：
今も治療中 医療機関名：	通院している・入院している

8. 今までに心理検査や脳波などの検査を受けたことがありますか？

検査名：	年 月（ 歳）、	年 月（ 歳）
検査名：	年 月（ 歳）、	年 月（ 歳）
検査名：	年 月（ 歳）、	年 月（ 歳）

9. 障害者手帳をお持ちですか？（持っていない・持っている）

療育手帳（ ）級（ 年 月 日）発行

精神障害者保健福祉手帳（ ）級（ 年 月 日）発行

身体障害者手帳（ ）種（ ）級（障害名： ）

<周生期・発達歴・既往歴>

10. お母様が妊娠中、からだやこころの健康に何か問題はありましたか？

問題なし・あり：妊娠中毒症、切迫流産、薬物使用、Rh型不適合、アルコール常用、喫煙
その他（ ）

11. 出産前後で、家庭内のことや夫婦関係などで困っていたことがありましたら、お書きください。

12. 出生時のことについて教えてください。（母子手帳の出生時のページをコピーして持参ください）。

分娩場所（ ）、在胎（ ）週（ ）日、

体重（ ）g、身長（ ）cm、頭囲（ ）cm、胸囲（ ）cm。

分娩異常の有無：なし・あり 早期破水、 骨盤位、 帝王切開、 吸引分娩、 鉗子分娩、
 多胎（双子など）、 臍帯巻絡（首にへその緒が絡んでいた）、
 その他（ ）

出生時の異常：なし・あり 新生児仮死（アプガースコア1分（ ）点、5分（ ）点）、
 けいれん、 酸素使用、 保育器使用（ ）日間

新生児期の異常：なし・あり 黄疸（経過観察、光線療法、交換輸血）

実父

氏名：	年 月 日生まれ 歳	(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他)
職業：	(会社名：)	
学歴：	(学校名：)	
持病：	性格：	

実母

氏名：	年 月 日生まれ 歳	(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他)
職業：	(会社名：)	
学歴：	(学校名：)	
持病：	性格：	

きょうだい (本人は 人きょうだいの 番目)

氏名：	年 月 日生まれ 歳	(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他)
職業：	(会社名：)	
学歴：	(学校名：)	
持病：	性格：	

氏名：	年 月 日生まれ 歳	(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他)
職業：	(会社名：)	
学歴：	(学校名：)	
持病：	性格：	

氏名：	年 月 日生まれ 歳	(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他)
職業：	(会社名：)	
学歴：	(学校名：)	
持病：	性格：	

氏名：	年 月 日生まれ 歳	(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他)
職業：	(会社名：)	
学歴：	(学校名：)	
持病：	性格：	

<生育歴・学歴>

21. ご本人が生まれたとき、どこに住んでいましたか？

() 都・道・府・県 () 市・区・町・村

22. その後、引越しをしましたか？

年 月 (歳)	どこに	
年 月 (歳)	どこに	
年 月 (歳)	どこに	
年 月 (歳)	どこに	

23. 教育についてお聞きします。

幼稚園・保育園	公立・私立	幼稚園・保育園・卒園	
小学校(部)	公立・私立	学校(年生)・卒業	成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下
中学校(部)	公立・私立	学校(年生)・卒業	成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下
高校(高等部)	公立・私立	学校(年生)・卒業	成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下

<input type="checkbox"/> 普通学級 (<input type="checkbox"/> 補助教員)	<input type="checkbox"/> 通級指導教室併用 小・中学校____年から 小・中学校____年まで	<input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 知的・ <input type="checkbox"/> 情緒) 小・中学校____年から 小・中学校____年まで	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 小・中・高等部__年から 小・中・高等部__年まで	<input type="checkbox"/> その他 ()
---	---	---	---	-------------------------------------

得意科目		苦手科目	
部活動		習い事	

24. 集団生活についてお聞きします。保育園・幼稚園・学校での問題であればまるものがあればチェックしてください。

- 保育園・幼稚園・学校に行かない 対人関係がうまくいかない、友だちができない
 集団行動ができない 学校でいじめられる
 勉強が遅れている、授業についていけない 学校で暴力・暴言がひどい、級友をいじめる

集団生活、対人関係(家族以外の大人や子どもとの関わり)で心配なことがあればお書きください。

25. お子さんの行動で当てはまった(当てはまる)ものに○をつけてください。

《出生から1歳半まで》

- 視線が合わなかった
 あやしても笑わなかった
 抱っこされても抱きつかなかった
 イナイイナイバーをしても関心を示さなかった
 人見知りをしなかった*
 人見知りが強かった
 有意味語(マンマ、ワンワンなど)がなかった
 大きな音や声にも反応しなかった
 夜泣きが激しかった

《1歳半から3歳まで》

- 動きすぎるところがあった*
 よく迷子になった*
 母親に甘えることが少なかった
 母親が見えなくても平気で遊んでいた
 興味があると母親から離れていき名前を呼んでも振り返らなかった
 一人の方が機嫌が良かった
 他の子どもに関心がなかった
 オツムテンテン、バイバイなどの真似をしなかった

- 指さした方向を一緒に見ようとしなかった
- 「ちょうだい」に反応しなかった
- 簡単な会話（例：ボクおなか空いた）ができなかった
- 小さな音にも敏感だった
- 身体に触られることを嫌がった

《3歳から就学まで》

- 片時もじっとしていなかった*
- よく迷子になったが、迷子になっても平気だった*
- 遊びの順番が待てなかった*
- ボーっとしていることが多かった*
- よくものをなくした*
- 視線が合わないことを他人から指摘された
- 作ったものを親に見せたり自慢したりしなかった
- 困った時に助けを求めることが少なかった
- ほめられても喜ばなかった
- 他の子どもと遊ぶのを好まなかった
- 集団で他の子どもと同じ行動が取れなかった
- 誰にでも物怖じせずに話しかけた*
- ごっこ遊び・ふり遊びがなかった
- まわりの人の感情に対して無関心だったり、共感を示さなかった*
- すごくおしゃべりだった*
- 一方的に自分の言いたいことだけを話した*
- その日の出来事を自分から話さなかった
- 人の言った言葉をその通りに繰り返した
- 会話が噛み合わなかった
- 奇声を発した*
- いつもやる動作があった（例：身体をゆする、脚を叩く）
- ものの置き場所、動作の手順などいつもとおなじでないととても嫌がった
- 同じビデオを何回も繰り返し観ていた
- 1つのこと（例：虫、電車）が大好きで大人顔負けの知識があった
- 凶鑑をいつも見ている
- 特定のコマーシャルをすごく好んだ
- 記号、マーク、看板に強い興味を示した
- 水や砂を落とすといった単調な遊びを何時間も続けた
- ものを単純に並べて遊ぶことが好きだった
- 食べ物の好き嫌いが激しかった
- 予定の変更でパニックになった
- 思い通りにならないとかんしゃくを起こした
- 自分を傷つけた（例：頭や顔を叩くなど）

ご協力ありがとうございました。

記載していただいた個人情報、診療のために利用し、他に利用することはありません。

個人の特定できない形で複数例を集計したデータを、診療統計や研究に用いることがあります。