

医療法人水の木会 萩病院

児童思春期外来 聞き取り調査票

この聞き取り調査票は外来診療を始める前に必要な様々な情報をお聞きし、今後の診察や治療に活用するためのものです。個人情報の取り扱いについては細心の注意を払っております。また、この情報を診療以外に用いることはありませんので、ご安心ください。

※受診される方（お子さん）についてご記入ください。

※本ページは表紙です。次のページよりご記入ください。

※この聞き取り調査票を印刷したものにペンでご記入いただいても構いませんし、データを全て入力した後に印刷していただいても構いません。

※予診時に必要な書類ですので、予診の際には必ずお持ちください。

※ご不明な点がございましたら、その部分は空欄のままで構いません。また、その際は予診時に心理スタッフへその旨をお申し付けください。

■基本情報をご記入ください。

記入日：20 年 月 日

フリガナ お子さんの 名前		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	紹介状や情報提供書 の有無
生年月日 (満年齢)	西暦 年 月 日 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
住所	(〒 -)		
学校(園)名		担任の先生	先生
フリガナ 保護者名			本人から見た関係
フリガナ 記入者名			本人から見た関係
連絡先①	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯(続柄：) <input type="checkbox"/> 職場 電話に出やすい時間 時 分 ~ 時 分		
連絡先②	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯(続柄：) <input type="checkbox"/> 職場 電話に出やすい時間 時 分 ~ 時 分		

■家族構成について記入者を含めご記入ください。同居の場合は☑をつけてください。

続柄	名前	年齢	職業(在籍校・学年)	同居
(例)兄	太郎	15	△△中学校3年	<input checked="" type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

■今回、受診しよう・させようと思った目的についてお書きください。

■このことについて、病院や相談機関(療育センター等)で治療や相談をしたことがあればご記入ください。

期間	病院・相談機関	担当者
(例)2021年 1月 ~ 2021年 3月	××小児科	××先生
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		

■学校(園)には当院を受診することを伝えていますか？ はい いいえ

※お子さんについてお聞きします。

■身長と体重をご記入ください。

身長 _____ cm 体重 _____ kg

■体重に大きな変動はありますか？ 変動なし 減った 増えた

変動がある場合… _____ kg → _____ kg (20 年 _____ 月頃から)

■(女性のみ回答)月経について該当するものを選んでください。

初潮年齢(_____ 歳) まだ初潮を迎えていない 生理不順 生理前の不調

■アレルギーについて該当するものを選んでください。

喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性皮膚炎 アレルギー性結膜炎

食べ物(_____) 薬物(_____)

その他(_____)

■現在、身体疾患はありますか？ある場合は病名もご記入ください。

ない ある(病名: _____)

■現在、服用しているお薬はありますか？ある場合はお薬の名前もご記入ください。

ない ある(_____)

■過去に大きな病気にかかったことはありますか？ある場合はお書きください。

当時の年齢か学年	病名

■ご家族・親戚に該当するものがあれば選んでください。また、すぐ下に本人から見た関係(続柄)をご記入ください。

- アレルギー性疾患 喘息 てんかん 知的障害 身体障害
- 視・聴覚障害 摂食障害 家庭内暴力 不登校 非行
- アルコール依存症 躁うつ病 うつ病 統合失調症 自殺
- 自殺未遂 その他の精神疾患()

※乳幼児期のことについてお尋ねします。

■妊娠時・出産時に問題がありましたか？ある場合は具体的にご記入ください。

- ない ある()

■乳児期の発育の様子についてご記入ください。

- 早い 普通 遅れている

■健診で医師から指摘されたことはありますか？ ない ある

指摘された場合… _____ 歳時健診(指摘事項：)

■人見知りの度合いはいかがでしたか？

- ひどかった まあまあひどかった 少なかった なかった

■これまでの所属園・学校をご記入ください(在籍中の園・学校は記入不要です)。

時期	園・学校名(学年)
(例)2013年 4月 ~ 2015年 3月	〇〇幼稚園(年中～年長)
2015年 4月 ~ 2017年 4月	△△小学校(1年～3年)
2017年 5月 ~ 2021年 3月	××小学校(3年～6年)
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	

■その他、気になる出来事と、それらの起こった年齢や学年をご記入ください。

(例：弟の誕生…小学校3年、転居…10歳、離婚…小学校5年(11歳) 等)

--

■ここからはこれまでから現在までの生活上の問題、行動、特徴についてお聞きします。

あてはまるところにチェック(✓)をつけてください。

項目	幼稚園 保育園	小学校	中学校	高校
まじめ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おとなしい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
明るい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いい子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
わがまま	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
かんしゃく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
よく泣く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
友だちがいない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一人遊びが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
友だちや先輩・後輩ともめることが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
登校しぶり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不登校	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入院による長期欠席	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	幼稚園 保育園	小学校	中学校	高校
非常に苦手な教職員がいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
教職員とのトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いじめを受けた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いじめをした	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
離席が多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指示が通らない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
勉強が分からない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
算数のみに問題があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
書字もしくは読字に問題がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
発語に問題がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
忘れ物が多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
知的問題がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
チックやどもりがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
対人関係トラブルが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
対人コミュニケーションの問題がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感覚過敏がある (音、光、におい、肌に触れるもの、味)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
こだわりが強い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特定の行動をずっと続ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
停学になったことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
法に触れる問題を起こした	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
暴力等の反社会行為をを起こした	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
たばこやお酒に手を出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬物を使用する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1日平均5時間以上ゲームやSNS等を使用する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ゲームやSNS等のし過ぎで生活に支障がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族を殴ったり、暴言を吐く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虐待を受けた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性的な問題を起こした	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性的な被害を受けた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トラウマになる体験をした	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過去のことを思い出し、急に恐怖感が込み上げてくる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘘が多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
失禁する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜尿がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■これまでから現在までの症状についてお聞きします。

あてはまるところにチェック(✓)をつけてください。

項目	幼稚園 保育園	小学校	中学校	高校
朝、起きることが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜眠っていても途中で目が覚める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
早朝に目が覚める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
昼夜逆転している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜の寝付きが悪い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜驚がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体調不良で病院に行くが異常なしと診断されることが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家では話せるが、家の外や学校では全くしゃべることができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人前で話をするを極端に嫌がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大人から離れられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過呼吸発作がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
やる気がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
よくイライラする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
活動性の低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
異常なまでに食べ過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食べて吐く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食べなさ過ぎて身体的に影響が出る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自傷行為がある (リストカット、抜毛、医薬品等の過剰摂取、引っかく、つねる、噛む、頭を打ち付ける等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
死にたい気持ちが強い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
汚染恐怖から長時間手を洗うことや、触れないものがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
納得いくまで行動を続け、生活に支障が出る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
考え事をして長い時間固まっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
度々記憶がなくなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活に支障が出るほど気分変動が激しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
よく分からない音や声が聞こえてくる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
理由はないのに心配で仕方がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
意識を失った	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■好きな遊びや趣味、習い事や塾やスポ少等についてお書きください。期間(年齢や学年等)もご記入ください。

(例 ピアノ…小学校1年～2年、野球…12歳～現在 等)

■本人の強みや良いところ(長所)をご記入ください。

■当院にて治療を受けることで、どのようになると良い、どのようになって欲しいと思いますか？

ご協力ありがとうございました。

記入漏れがないかご確認いただき、予診の際に心理スタッフまで提出をお願いいたします。

もしも「書き方が分からない」「質問がよく分からない」等、何かご不明な点がございましたら、その部分は空欄のまま提出してください。

また、その際は心理スタッフへその旨をお申し付けください。

医療法人水の木会 萩病院
児童思春期外来