

# 初診問診票（子ども用）

記入日 年 月 日

記入者氏名：

お子さんとの続柄：父・母・その他（ ）

フリガナ お子さんの 氏名		性別	男 女 回答しない
住所	〒	生年月日 年齢	平成・令和 年 月 日生 現在 歳
電話番号	(自宅) (携帯)	学校名 と学年	幼・保・小・中・高 年
緊急連絡先		電話連絡の場合、クリニック名を出してもよい ですか？ はい・いいえ	

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算1：4点、加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

●マイナンバーカードの保険証での受診の方にお尋ねします

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されますか？

同意する  同意しない

●直近1年間で健診（特定健診や高齢者検診など）を受けられましたか？

前述の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。

受けていない  受けた（健診名： 時期： 年 月頃）

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

いいえ  はい

診療に役立つため、以下の項目にご回答をお願いいたします。

分からない項目、記入したくない項目は記入しなくて結構です。

1.当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- ・病院・相談機関（具体的な名称 ）・家族の勧め・知人の勧め（ ） 様）
- ・通りがかり ・インターネット検索エンジン（Google / Yahoo / その他 ）
- ・その他（具体的に ）

2.当院に希望されることはどんなことですか？

- ・相談したい ・検査、診断をしてもらいたい ・診断書を発行してほしい
- ・薬物療法について相談・検討したい
- ・薬物療法以外の治療について相談したい
- ・セカンドオピニオンを受けたい ・その他（ ）

3.今一番お困りのこと心配事、問題をご記入ください

--

- ・それが始まったのはいつ頃ですか？                      年    月    日頃（                      歳頃）から
- ・きっかけとなった出来事、状況などがあれば、お書きください。

--

4.上記の心配、問題のことでこれまでに医療機関、相談機関を利用したことがありますか。

ない・ある→あると答えた方は受診、相談歴をお書きください。

年齢	医療機関、相談機関名	そこで何と言われましたか？ (診断、対応、助言など)
歳		
歳		
歳		

5.これまでに精神科、心療内科のお薬を内服したことがあれば薬品名を教えてください。

薬品名	

この中で現在も内服しているものがあれば○をつけてください。

6.これまでに心理検査や脳波検査を受けたことがありますか？

ない・ある→あると答えた方は、検査歴をお書きください。

年齢	検査名
歳	
歳	

検査結果をお持ちであれば、受診時にコピーをご持参ください。

7.お母様の妊娠中の出来事について

不妊治療	なし・あり	母親の服薬	なし・あり（                      ）
切迫流産	なし・あり	母親の飲酒	なし・あり→種類・量・頻度 (                      )
切迫早産	なし・あり	母親の喫煙	なし・あり（                      本/日）
妊娠高血圧症候群	なし・あり		
妊娠中の病気	なし・あり→具体的に（                      ）	妊娠中強いストレスとなるようなことを経験した (例：事故、離婚、災害など) なし・あり→具体的に（                      )	

8.お子さんの出生時、新生児期について教えてください

出生時	在胎	週	日	出生時体重	g
-----	----	---	---	-------	---

分娩医療機関	
--------	--

分娩方法： ・正常分娩 ・帝王切開 ・吸引・鉗子分娩 ・陣痛促進剤使用

アプガールスコア： 1分値（ 点） 5分値（ 点）

出産時、新生児期のトラブル： ・臍帯巻絡（へその緒が首に巻きつく）・酸素使用（ 日間）

・保育器使用（ 日間）

新生児黄疸： ・経過観察 ・光線療法 ・交換輸血

栄養方法： ・母乳栄養 ・人工栄養 ・混合栄養

9.お子さんの乳幼児期について教えてください。

・成長発達

あやすと笑う	（	ヶ月）
首が座る	（	ヶ月）
お座り	（	ヶ月）
はいはい	（	ヶ月）
つかまり立ち	（	ヶ月）
一人歩き	（	ヶ月）
意味のある言葉	（	ヶ月）
二語文	（	ヶ月）

・病気・けが（他にかかったことのある病気、怪我があればご記入ください。）

麻疹	（	歳）
水ぼうそう	（	歳）
おたふくかぜ	（	歳）
熱性けいれん	（	歳）
アレルギー（食物・薬剤・その他）	（	歳）
頭部外傷	（	歳）
てんかん	（	歳）
	（	歳）
	（	歳）

・現在治療中の体の病気はありますか？

ない・ある→（病名： 通院医療機関： ）

・日常生活について当てはまるものはありましたか？（複数回答可）

- ・母乳・ミルクの飲みが悪かった・夜泣きがひどかった・手つなぎや抱っこを嫌がる
- ・手先が不器用・大きな音が苦手・感覚過敏がある（音・光・触覚・味覚）・怖がり
- ・人見知りがない・かんしゃくが激しい・視線が合いにくい・おうむ返しが多い
- ・食べ物の好き嫌いが激しい・転びやすい ・特に当てはまるものはない

・お子さんはどのような性格ですか？（複数回答可）

- ・明るい ・活発 ・好奇心旺盛 ・人なつっこい ・飽きっぽい

- ・怒りっぽい・気が強い ・気性が激しい ・意志がはっきりしている
- ・不安が強い・引っ込み思案・新しいことに尻込みする・人見知り・繊細・想像力が豊か
- ・ゆっくりマイペース ・おとなしい ・自己主張しない ・持続力がある

・どのような遊びが好きです(した)か？ ( )

10.ご家族について教えてください。

実父

氏名	年齢 歳	同居・別居・単身赴任・離婚・死別 その他 ( )
職業：	勤務先：	
最終学歴：		
持病(もしあれば)：		

実母

氏名	年齢 歳	同居・別居・単身赴任・離婚・死別 その他 ( )
職業：	勤務先：	
最終学歴：		
持病(もしあれば)：		

・お子さんと近いご家族についてご記入ください。

氏名	年齢	続柄	職業・学校	同居の有無	持病(もしあれば)
		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 継父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 継母		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		父方祖父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		父方祖母		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		母方祖父		<input type="checkbox"/> 同居	

				<input type="checkbox"/> 別居	
		母方祖母		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

主な養育者はどなたですか？

- ・母 ・父 ・父方祖母 ・父方祖父 ・母方祖母 ・母方祖父  
 ・その他（ ）

家庭の雰囲気はいかがですか？

- ・にぎやか ・暖かい ・静か ・冷たい ・複雑 ・よく分からない

家族間で子育てについての意見が異なり、困ることはありますか？

- ない ・ある → (どのような点で )

他にも、家庭内で問題と感じていることがあれば、ご記入ください。

←未就学児のお子さんはここまでです。ありがとうございました。

→小学生以上のお子さんは、以下の質問にもお答えください。

11.教育歴をお書きください。

	園名・校名	
幼稚園・保育園・こども園		<input type="checkbox"/> 療育センターへの通所
小学校（公立・私立）		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 支援級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 不登校
中学校（公立・私立）		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 支援級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 不登校
高等学校（公立・私立）		<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 単位制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 不登校
専門学校		

## 12.学童期、思春期について

### ・学校生活

・登校を嫌がることはありますか？

いいえ・はい

→それはいつからですか？（                      年生）

状況を教えてください

- ・遅刻早退が多い    ・欠席がち（週 回くらい欠席）    ・保健室または相談室登校
- ・30日以上欠席が続いている    ・適応指導教室を利用している
- ・フリースクールを利用している    ・その他（                      ）

・成績              ・上位    ・中位    ・ついていくのが大変

・学校生活で当てはまるものはありますか？（複数回答可）

- ・忘れ物が多い    ・片付けや整理整頓ができない
- ・授業中無断で席を離れたり、教室から出たりする
- ・友人とのトラブルが多い    ・1人であることが多い
- ・新しい環境や人に慣れるのに時間がかかる
- ・先生から問い合わせや指摘がくる
- ・特に当てはまるものはない

・学習の中で極端に苦手なものはありますか？（複数回答可）

音読・書字・漢字・作文・計算・文章問題の理解・体育  
その他（                      ）

特に当てはまるものはない

・クラブ活動をしていますか？    いいえ・はい→（                      ）

・習い事をしていますか？    いいえ・はい→（                      ）

・趣味や楽しみはありますか？    いいえ・はい→（                      ）

・転居や転校はありましたか？    いいえ・はい→（                      年生の時）

## 13. 女の子のお子さんのみお答えください。

・初潮を迎えましたか？    いいえ・はい→（              年生の    月）

・月経周期はどうですか？    大体規則的（              日周期）/不順

・月経に伴う体調不良はありますか？    いいえ・はい→（                      ）

ご協力ありがとうございました  
エセンティアクリニック