

記入日： 20 年 月 日 記入者： (続柄)

フリガナ			男 ・ 女	生年月日	西暦	年	月	日
氏名						(歳)
住所	〒							
電話番号	自宅			携帯				
職業		身長	cm	※体重	kg	体温	°C	

◆現在お困りの症状は何ですか？

例：眠れない…など

◆いつ頃からですか？

◆思い当たる原因やきっかけは何ですか？

◆当院を受診するに至った動機や目的を教えてください

◆現在通っている病院・施設からの紹介状・検査結果等をお持ちですか？

ある (診察前に受付へご提出ください) ・ ない

◆転院を希望しますか？

はい ・ いいえ ・ 検討中

◆精神科・心療内科に受診歴はありますか？

ある (下記に病院名と通っていた時期と症状や病名等をご記入下さい) ・ ない

例：☆〇クリニック 2024年6月～2025年4月 言葉の遅れ 2024年7月に発達検査

◆精神科・心療内科以外に通っている病院はありますか？

ある (下記に病院名 (何科) と時期と病名をご記入下さい) ・ ない

例：☆〇病院 (小児科) 2023年12月～2024年4月 熱性けいれん 1週間入院 12月に脳波検査

◆出生・発達について

生まれたときの体重.....g 身長.....cm 何週で生まれましたか.....週.....日

分娩異常：なし・あり () 出生時の異常：なし・あり ()

妊娠・出産時に特記することはありましたか？ (例：切迫早産で入院など) ()

◇発達の様子

首の座り.....か月 歩きはじめ.....歳.....か月 話し始め.....歳.....か月 (話した言葉：)

健診時の指摘：なし・あり →.....歳時健診 (指摘内容：)

指摘内容についてのフォロー：なし・あり (内容：4歳～言語訓練・療育など) ()

◆現在お薬を飲んでいますか？（塗る・点眼等を含む） ※あてはまる方に○をつけて下さい

あ る（お薬手帳を受付にご提示ください） ・ な い

◆睡眠について ※あてはまる番号全てに丸をつけて下さい

<布団に入る時間：AM・PM.....時頃 / 布団から出る時間：AM・PM.....時頃 / 昼寝：なし・あり（ 分）>

(1) 問題ない

(2) 中々寝付けない（.....時間くらい）

(3) 寝ている途中で目が覚める（時間：.....時頃 / 回数：.....回くらい）

(4) 明け方早くに起きてしまう（時間：.....時頃 / その後寝付ける ・ その後寝付けない）

(5) 良く寝た感じが得られない（日中の生活に支障： あり ・ な い）

◆食事について ※あてはまる番号全てに丸をつけて下さい

(1) 問題ない

(2) 食べ過ぎる（量・内容：食後 ポテチ 2袋など）

(3) 食べられない

(4) その他（嘔吐など）

◆体重： 減った（- kg） ・ 変わらない ・ 増えた（+ kg）

◆薬や食べ物でアレルギーはありますか？ な い ・ ある（ ）

◆便通： 普通 ・ 下痢 ・ 便秘

◆月経： 定期的 ・ 不定期 ・ 始まっていない / 初潮：.....歳

◆自傷行為： な い ・ ある（内容：.....）

◆現在通学中の学校名：.....（ 年生） / 普通級 ・ 支援級 ・ 通級

◆登校状況：.....

◆学業成績： 低 ・ 中 ・ 高（得意な教科：..... / 苦手な教科：.....）

◆習い事・部活：..... 頻度：.....

◆ご家族について

父：.....歳 職業..... 健康・死亡・病気がち（病名：.....）

母：.....歳 職業..... 健康・死亡・病気がち（病名：.....）

兄弟姉妹：.....人 →.....歳（男・女）、.....歳（男・女）、.....歳（男・女）、.....歳（男・女）

現在同居している方：.....

血縁者で精神科・心療内科を受診したことがある方はいますか？ いる ・ いない

間柄：..... 症状：.....（医療機関名：.....）

◆現在ご利用されている福祉制度やサービスはありますか？（例：療育、デイサービス、福祉手帳 など）

な い ・ ある → 内容：.....

時期：.....

◆他に気になることがあればご記入下さい

※紹介状や検査結果、お薬服用中の方はお薬手帳など詳細が分かるものを受付時にご提示下さい