

年 月 日

ふりがな  
氏名：

性別： 男 ・ 女

年齢：

歳

生年月日：S・H 年 月 日

ご職業：  学生  会社員  自営業  無職 主婦  専門職  その他 ( )

〒 住所：

電話：

携帯電話：

## ○家族構成についてご記入ください

あなたとの関係	名前	年齢(学年)	職業	同居
例) 妻	花子	35歳	事務	<input checked="" type="radio"/>

## ○今日相談したいことは何ですか？具体的にお書きください。

(いつ頃から、どのような症状があった…等)

## ○アレルギーと言われたことはありますか？

はい ( )

いいえ

## ○今までに大きな病気にかかったことはありますか？

はい ( )

いいえ

## ○現在、服薬や治療中の症状があれば教えてください

はい ( ) いいえ

マイナ保険証による情報提供取得に同意した方について  
は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能

## ○ご家族の中に精神科・心療内科に

かかるたことのある方はいますか？

はい ( ) いいえ

## ○現在、下記の症状があれば✓してください

- 糖尿病  甲状腺機能異常  
 高血圧  循環器疾患 (心筋梗塞など)  
 てんかん  高脂血症  妊娠中

身長 cm 体重 kg

## ○この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

(マイナ保険証での情報取得に同意した方については記載を省略可能)

 はい  いいえ

(受診時期: 月 日 指摘事項: )

## ○現在のお仕事や生活の状況を教えてください。

- 毎日出社  遅刻・早退が多い  
 時々休む  週に数回外出している  
 家にいることが多い ( 歳頃から )

## ○これまでに精神科、心療内科、療育機関、

相談機関などにご相談されたことはありますか？

病院・機関名	年齢	相談内容

## ○他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

- はい  いいえ

## ○どのようにして当クリニックをお知りになりましたか？

## ○本日受診することを家族にどのように説明しましたか？

## ○当クリニックにどのようなことを希望されますか？

- 診断  検査  
 対応について  今後について  
 その他( )

パークサイドこころの発達クリニック

## ○現在の様子について教えてください。

## 1) 睡眠の問題

- 寝付けない     寝すぎる     朝起きられない     夜中に目が覚める     昼夜逆転  
 いびきがひどい     睡眠中息がとまる     睡眠障害・無呼吸症候群の診断を受けたことがある

## 2) 気分の問題

- イライラしている     落ち込んでいる     すぐに涙が出る     すぐに怒る     気分にムラがある  
 その気分はどのくらい持続していますか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 頃から

## 3) 下記のような症状があれば団してください。

感覚過敏 (苦手な音、着心地などに強いこだわり 等)

- 音     味     呆い     肌触り     まぶしさ     呆いが敏感で苦しい

日常生活 上手くいかないと感じているものに✓し、( )の中に具体的に書いてください。

## 【就業】

- アポイントなど時間管理( )  
 人間関係( )  
 日程や指示内容の勘違い( )  
 離職や転職 ( )

## 【家事】

- 炊事 ( )  
 洗濯・掃除( )  
 育児 ( )

## ○生きてから、現在に至るまでのことを教えてください。現在の年齢のところまでご記入ください。

## 1) 子どものころ、一緒に住んでいた家族について教えてください。

あなたとの関係	名前	現在の年齢

## 2) 子どものころ、または青年期に次のような経験をしたことがありますか？

- 大切な人と死別、または離別     養育放棄を含む虐待     家庭内暴力     経済的な問題(貧困や金銭トラブル)

児童・思春期

## 3) 就学前までの記憶や家族に聞いた話から、当てはまるものにチェックしてください。(複数回答可)

健診での指摘はありましたか？     なし     あり：( )歳時健診で( )を指摘された

□人への興味が低い、アイコンタクトがない     よく迷子     物、順番などにこだわり     偏食

□寝つきが悪い・お昼寝しない     音やにおいに敏感     その他 ( )

## 4) 小学校について教えてください。

公立小学校 : (□普通学級 ・ □通級 ・ □支援学級)     特別支援学校     私立小学校

集団行動や提出物などの問題は？     問題なし     ( )を指摘された

## 5) 中学について教えてください。

中学校名: \_\_\_\_\_

公立 : (□普通学級 ・ □通級 ・ □支援学級)     私立中学校     特別支援学校

出席状況:  問題なし     時々休む     不登校(期間: ( ))    いじめや孤立:  なし     あり

部活: ( )部    成績:  上位     中位     下位     停学や出席停止

**青年期**

6) 高校について教えてください。

高校名: \_\_\_\_\_ 卒業 中途退学

全日制 単位制 通信制 途中で編入あり

出席状況: 問題なし 時々休む 不登校(期間: \_\_\_\_\_) いじめや孤立: なし あり

部活: ( \_\_\_\_\_ )部 成績: 上位 中位 下位 停学や出席停止

7) 高校卒業後に教育(大学、専門学校)をうけましたか、または現在受けていますか?

学校名	専攻	期間	卒業の状況
例)パークサイド大学	経済学	H20年4月～H25年9月	退学

8) 学生生活の中で困ったことやうまくいかないと感じることがありましたか?

いいえ はい → どのようなことか下記に記入してください。

\_\_\_\_\_

**職歴**

1)これまでどのような仕事をしましたか?

仕事	職務内容	期間	辞めた理由
例)パークサイド会社	事務職	H26年4月～H27年3月	人間関係

2)職場や社会生活の中で困ったことやうまくいかないと感じることがありましたか?

いいえ はい → どのようなことか下記に記入してください。

\_\_\_\_\_

1) 結婚したことありますか? いいえ はい → いつ頃 ( )

2) 下記のものを摂取していますか?  
たばこ (1日      本) アルコール (1日      )

3) あなたのこれから治療に協力してくれる人はいますか?  
いいえ はい → それは誰ですか? ( )

◆令和7年12月2日より従来の保険証は使用出来ません。  
 マイナ保険証と資格情報のお知らせ、または資格確認書を忘れずにご持参ください。  
 なお、当院ではスマホでの保険証の対応は行っておりません。

○マイナ保険証による診療情報提供取得について同意しますか?

- 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います。  
 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。

※問診票はここまでです。記入漏れがないかご確認ください。