

記入漏れがないようにしてください。漏れがあると診察の順番が遅くなることがあります。

初診日： 年 月 日

|                  |           |   |
|------------------|-----------|---|
| ふりがな<br>氏名：      | 性別： 男 ・ 女 | 年齢： 歳   |
| 生年月日：S・H・R 年 月 日 | 学校名： 年 組  | <input type="checkbox"/> 通常級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> 支援級 |
| 〒                |           |   |
| 住所：              |           |   |
| 電話：              | 携帯電話：     |   |

## ○家族構成についてご記入ください

|           | 名前 | 年齢(学年)  | 職業    | 同居 |
|-----------|----|---------|-------|----|
| 例)兄       | 太郎 | 14歳(中2) | 〇〇中学校 | ○  |
| 父         |    |         |       |    |
| 母         |    |         |       |    |
| 兄・姉・弟・妹   |    |         |       |    |
| 兄・姉・弟・妹   |    |         |       |    |
| 兄・姉・弟・妹   |    |         |       |    |
| その他(祖父母等) |    |         |       |    |

## ○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

## ○現在飲んでいる薬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カ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・心療内科にかかれ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

- ☐ 強迫症状(手洗いなど) ☐ 夜尿  
☐ チック ☐ 睡眠障害 ☐ 感覚過敏  
☐ 腹痛 ・ 頭痛 ☐ 被害妄想

身長 cm 体重 kg

## ○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)

## ○当クリニックにどのようなことを希望されますか？

- ☐ 今の状態を理解、対応を知りたい ☐ どうにかして登校させたい  
☐ 登校はともかく、自宅で安定 ☐ 暴言や癇癪を減らしたい  
☐ グループ参加など人間関係を広げたい ☐ 特にない  
☐ その他( )

## ○現在の通園、登校状況を教えてください。

- ☐ 毎日出席 ☐ 遅刻・早退が多い・時々休む  
☐ 別室へ登校 ☐ 不登校( 年 の頃から)  
☐ きょうだいの不登校(本人との関係 )

## ○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お子さんにどのように説明しましたか？

parkside kokoronohattatu clinic©

## 現在の様子

1) 睡眠の問題 ☐ある ・ ☐ない

☐眠れない ☐寝すぎる ☐朝起きられない ☐夜中に目が覚める ☐昼夜逆転  
☐その他( )

2) 食欲 ☐ある ・ ☐ない3) 気分の問題 ☐ある ・ ☐ない

☐イライラしている ☐引きこもっている ☐落ち込んでいる ☐すぐ泣く ☐すぐ怒る  
☐気分にムラがある ☐その他( )

4) 親子関係・兄弟・仲間関係で気になること ☐大いにある ☐ある ☐ない

☐うまく協力できない ☐うまく話せない ☐乱暴をする  
☐一人でのいる事が多い ☐一人勝手な行動が多い ☐決まった友達がいない  
☐その他( )

## 5) 休日の過ごし方 (できるだけ具体的にご記入ください)

( )

## 6) その他、気になること

( )

## 7) 現在の状況をご両親はどのように考えておられますか。またどのようなことを望んでおられますか。

( )

上記以外でお伝えしたいことがある場合には、下記の空欄をご利用ください。

◆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。ご協力ありがとうございました。