

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： <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 専門職 <input type="checkbox"/> 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	○

## ○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

## ○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

- 糖尿病                       甲状腺機能亢進症  
 高血圧                         循環器疾患（心筋梗塞など）  
 てんかん                       高脂血症  
 妊娠している

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)

## ○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

## ○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（ \_\_\_\_\_ ）

○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     歯ぎしり     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☑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     匂い     肌触り     まぶしさ     匂いが敏感で苦しい

**日常生活**

**【就業】**

- 約束を忘れてたり、時間を間違えたり時間のマネジメントができない  
 重要な予定や書類等を紛失してトラブルになることがある  
 上司や同僚、取引先の人との関係を円滑に維持できない  
 離職や転職を繰り返す

**【人間関係】**

- 3人以上の会話についていけない  
 世間話が出来ない  
 男女関係がうまく維持できなかつたり、離婚をしたことがある  
 初めはとても仲良くなるが、そのうちうまくいかなくなる

**【家事】**上手い出来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。

- 炊事 ( )  
 洗濯 ( )  
 掃除 ( )

**【育児】**

- 子どもが望んでいる事がわからない、または望んでいない事をする  
 子どもの幼稚園・学校の準備、宿題の確認などお世話ができない  
 子どもに対して、しばしば感情的な受け答えをする

4) 休日の過ごし方 (できるだけ具体的にご記入ください)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

○生まれてから、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？

- 大切な人を亡くす、または離ればなれになる     身体的虐待     精神的虐待     性的虐待  
 ネグレクト(養育放棄)     家庭内暴力     家族内ストレス     経済的な問題(貧困や金銭トラブル)

乳幼児期

1) 出生時のことについてお尋ねします。

妊娠( )週、出生体重( )g 自然分娩 帝王切開 仮死状態 低体重(2000g未満)

2) 発達について

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  
ひとり歩き( )ヶ月 初めての言葉( )ヶ月

3) 幼稚園や保育園に通いましたか? いいえ はい:( )才から 園名:

4) 療育機関に通ったことがありますか? いいえ はい:( )才から 機関名:

5) 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)

視線が合いにくい 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  
パニックや癇癢 音やにおいに敏感 手先の不器用(ボタンやハサミ使い) 極端な人見知り  
指示に従いにくい 落ち着きがない 偏食 運動の不器用(鉄棒、縄跳び、自転車)  
その他・印象に残っていることなど ( )

小学校・中学校・高校

1) 小学校について教えてください。 学校名: 転校経験:なし・あり

公立小学校 : (普通学級・支援学級) 特別支援学校 私立小学校

2) 小学校時代の学習について教えてください。成績は、上位 中位 下位

学習の中で極端に苦手なものがあったらチェックをしてください。(複数回答可)  
計算 音読 書字 作文 漢字 文章問題の理解 その他:( )

3) 中学・高校について教えてください。 中学校名: 転校経験:なし・あり

公立中学校 : (普通学級・支援学級) 特別支援学校 私立中学校  
高校名: 卒業 中途退学

4) 中学・高校時代の出席状況について教えてください。

毎日出席 遅刻・早退が多い 時々休む 保健室・適応指導教室への登校 不登校( )年生の頃)

5) 学校生活について当てはまるものにチェックしてください。(複数回答可)

忘れ物や失くし物 授業中、無断で席を離れる 整理整頓できない 提出物を出せない(宿題など)  
集中力、落ち着きがない 空気の読めない振る舞いや発言 運動の不器用(球技、縄跳び、体操)  
手先の不器用(はさみ、ちょうちょ結び) 友達とのトラブル 善悪の判断ができていない  
停学処分や出席停止になった その他印象的なこと ( )

6) 中学・高校時代の学習について教えてください。

成績は、上位 中位 下位 です。  
得意な科目は( )で、苦手な科目は( )

7) 中学・高校時代の友人関係について

友人関係にトラブル ( いじめ・仲間はずれ )  
部活 ( )部

○18歳以降のことについてご質問です。

学歴

1) 高校卒業後に教育（大学、専門学校）を受けましたか、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

2) 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) 高校卒業以降、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。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

日常・社会生活

1) 結婚したことがありますか？  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) あなたのこれからの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？ ( )

※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。