

初診日 /

## 希望が丘こども医療福祉センター 児童精神科問診票

記入年月日:令和 年 月 日

記入者氏名: (続柄)

フリガナ		男・女	住所	〒
お名前				
生年月日	平成・令和 年 月 日生 ( 歳 か月)		連絡先	自宅: 携帯:
所属	(保育所・幼稚園 未満児・年少・年中・年長) (小・中・高 年生 普通学級・特別支援学級(知的/情緒)・特別支援学校)			

## ■今までにかかったことのある病気などについておたずねします

●アレルギーがある	【 ない・ある → (時期: 何に対して: )】
●大きな病気や怪我をしたことがある	【 ない・ある → (内容: )】
●かかりつけの小児科がある	【 ない・ある → (医療機関名: )】
●常時服用する薬がある	【 ない・ある → (薬名: )】
	(医療機関名: )】

## ■以下の検査を受けたことがありますか

●脳波検査	【 ない・ある → (年齢: 実施機関: )】
●CT・MRI	【 ない・ある → (年齢: 実施機関: )】
●発達検査・知能検査	【 ない・ある → (年齢: 実施機関: )】
* 検査名: WISCⅢ又はⅣ / 新版K式発達検査 / 田中ビネー / その他 / 不明	
●療育手帳をお持ちですか	【 ない・ある → (次回更新日: 年 月)】

## ■受診歴・相談歴についておたずねします

## ●病院や各種相談・支援センター等への受診歴・相談歴がある方は記入してください。

受診・相談期間	受診・相談機関名

## ■受診にあたって

## ●お困りのことは何ですか。また、いつ頃から始まりましたか。

--

●これまでどのような対応をされてきましたか。

●受診にあたり、お子様にどのように説明しましたか。

■出産時の様子についておたずねします

- 在胎週数 【 週 ( 安産・難産 → (内容) ) 】
- 新生児仮死 【 ない・ある 】
- 出生時の状況 【 体重 g / 身長 cm / 頭囲 cm / 胸囲 cm 】
- 保育器の使用 【 ない・ある → ( 使用期間 日 ) 】
- 黄疸の有無 【 ない・ある → ( 光線治療を受けた期間 日 ) 】
- 哺乳力 【 良好・普通・不良 】

■0歳～2歳の様子についておたずねします

- 首のすわり ( か月 )
  - はいはい ( か月 )
  - 始語 ( 歳 か月 )
  - 2語文 ( 歳 か月 )
  - おすわり ( か月 )
  - ひとり歩き ( 歳 か月 )
  - おむつはずれ ( 歳 か月 )
- 0歳～2歳の間で気になった、または周囲から指摘されたことのある行動にチェックしてください。

- 人見知り(8～9か月)がなかった
- 後追いがなかった
- 抱っこしていないと寝なかった
- 不機嫌でいることが多かった
- 視線が合わなかった
- 名前を呼んでも振り向かなかった
- 抱っこを嫌がったまたは抱きにくいと感じた
- その他、育てにくいと感じたことがある

具体的な様子

●乳幼児健診(4か月/10か月/1歳6か月/3歳児健診等)で指摘されたことがありますか。【 ない・ある 】

いつの健診で何を指摘されましたか

■家族構成(続柄はお子様からみた関係をご記入ください)

氏名	続柄	生年月日	同居・別居	職業・学校など
			同・別	
			同・別	
			同・別	
			同・別	
			同・別	
			同・別	

●ご家族、ご親族で精神疾患や障がいのある方は【 いない・いる 】

( 続柄: 診断名: )

( 続柄: 診断名: )