

予診に来院された際に窓口に提出してください。

これは成人（満19歳～）用です。

年 月 日（ ）

フリガナ		性別	生年月日	T	S	年	月	日
お名前				H	R	(歳 ヶ月)		

今お困りのことにチェックをしてください。

- 家庭の悩み 仕事の悩み 学校の悩み 人間関係 コミュニケーションについて
 睡眠 食欲 緊張 物忘れ 集中できない 意欲がわからない イライラする
 鍵を閉めたか、電気を消したかなどが気になって仕方がない
 気分の落ち込み 気分の高ぶり 死にたい・消えてしまいたい 気が休まらない
 居ないはずの人・知らない人の声が聞こえる 誰かに見られている気がする
 自分の考えを他の人が知っている 飲酒 発達について 他の人に言われて来た
 その他（ ）

これまで かかった 精神科 心療内科	病院名	期間
	①	
	②	
	③	

通われていた幼稚園、保育園、学校の名前、期間などを教えてください。

	園・学校名	期間	不登校等ありましたら ご記入ください。
幼児期	(期間：)		
小学校			
中学校	(部活動等：)		
高校	(部活動等：)		
高校卒業後			

以下で利用している制度があれば教えてください。

- 障がい者手帳（精神・療育・身体）： 級 交付年月日： 年 月 日
 障害年金： 級
 自立支援医療受給者証

上記のほか、何か利用中の制度・サービスがありましたら教えてください。

予診に来院された際に窓口に提出してください。

乳幼児期	印象に残っているエピソードがあれば教えてください
	健診などで指摘されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (指摘された内容：)
	園などで何か指摘されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (指摘された内容：)
	療育等、サービスを利用されていたことがあれば教えてください。
小学校	学校生活は楽しかったですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	印象に残っているエピソードがあれば教えてください。
	学校の授業態度などで何か指摘を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容を教えてください。：)
	特別支援学級や通級などを利用していましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→下の欄に利用されていたものをご記入ください。 (
中学校	学校生活は楽しかったですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	部活動等に参加していましたら教えてください。 (
	印象に残っているエピソードがあれば教えてください。
	学校の授業態度などで何か指摘を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容を教えてください。：)
特別支援学級や通級などを利用していましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→下の欄に利用されていたものをご記入ください。 (
高校	学校生活は楽しかったですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	部活動等に参加していましたら教えてください。 (
	印象に残っているエピソードがあれば教えてください。
	学校の授業態度などで何か指摘を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容を教えてください。：)
特別支援学級や通級などを利用していましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→下の欄に利用されていたものをご記入ください。 (

予診に来院された際に窓口に提出してください。

現在の生活についてお伺いします。

睡眠： ～ 時（ 時間） 日によってばらつきが大きい

一度眠ればぐっすり眠れる 寝つきが悪い 途中で目が覚めている

目覚めが悪い

食事：食欲について

過食 三食しっかりと食べられている 食欲がない 拒食

日によってばらつきがある その他（ ）

好みについて

食事にかたよりのある。 新しい食材も食べられる

飲酒：しない する→1日あたりどれくらいの量ですか？（ ）

喫煙：しない する→1日あたりどれくらいの量ですか？（ ）

排泄：便秘 正常 ゆるい 腹痛がある

身だしなみ：自分で整えられる 手伝いが必要 やる気が起きない

入浴：毎日 週__回程度 入れていない

片付け：できる 手伝えばできる できない

興味関心の偏り：ある あるが気になるほどではない ない

こだわり：ある あるが気になるほどではない 特になし

スケジュールの変更：できる できるが時間がかかる できない

気持ちの切り替え：できる できるが時間がかかる できない

人見知り：ある あるが気になるほどではない 全くない

場所見知り：ある あるが気になるほどではない 全くない

他者からの干渉：嫌う 普通 まったく気にしていない

気が散りやすい 場に合わない行動がある。

人の目を気にする コミュニケーションが難しい

運動・感覚について伺います。

運動が 得意 普通 苦手

運動する習慣がある（週__時間程度），運動の習慣がない

細かい作業が上手くできない。

感覚で過敏だと思うものがある。

趣味や特技、好きなことを教えてください。

ご自身（本人様）の性格についてどう思いますか？

予診に来院された際に窓口に提出してください。

就労経験・状況を教えてください。		
企業名	雇用形態	期間
現在の経済状況について教えてください。 <input type="checkbox"/> ご自身の稼働収入がある <input type="checkbox"/> 年金(老齢・障害等)がある <input type="checkbox"/> 貯金を切り崩している <input type="checkbox"/> ご家族その他の援助 <input type="checkbox"/> その他 ()		
ご家族様で精神科に通院歴がある方がいれば教えてください。		
続柄	病院名	期間
これまでに大きな病気、手術などの経験があれば教えてください。		
病名	期間	治療法(手術等)
アレルギーがあれば教えてください。		
けいれん、てんかん発作の経験があれば教えてください。 <input type="checkbox"/> はい→(いつ頃ですか?) (飲まれているお薬があれば教えてください。) <input type="checkbox"/> いいえ		
身近に相談できる人がいますか?(家族、友人、学校、職場、利用中のサービス等) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		