

予診に来院された際に窓口に提出してください。

これは学齢期（小学1年生～高校3年生）用です。 年 月 日（ ）

フリガナ		生年月日	H・R	年	月	日
お名前			( 歳 ヶ月)			
学校名		学年		性別		

今お困りのことにチェックをしてください。

学校の悩み(授業に集中できない・衝動的に動く・登校渋り、不登校・教室に入れない)

家庭の悩み 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

進路についての悩み 発達について 気持ちの切り替えが苦手 人の目が気になる

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		

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

自立支援医療受給者証

出生状況	産まれるまで 週 日	出生時の体重 g	
	分娩 正常・帝王切開 ( )		
	周産期特記事項	無・有 ( )	
	新生児聴覚検査 (スクリーニング)	実施→異常(無・有)・未実施 異常有の方：精密検査の結果を教えてください。 ( )	

乳児期	首が座った ヶ月	支え無しで1人で座れた ヶ月	
	ハイハイをした ヶ月	歩き始めた ヶ月	
	意味のある言葉(ワンワンなど)を話した ヶ月		
	二語文 <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	指さし <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	
	目線 <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> 他者からの促しで注意を向けられる	
	市町村の健診等での指摘 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
	乳児期の成長において気になること <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		

予診に来院された際に窓口に提出してください。

幼稚園、保育園、学校、その他サービス等について教えてください。					
	園・学校名	利用した相談機関 利用したサービス	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： )				
普段の様子などを教えてください。 あてはまれば○。あてはまらなければ×。どちらとも言えないなら△をつけてください。					
		幼児期	小学校	中学校	高校
対人 行動	人見知りがある				
	場所見知りがある				
	癩癢がある				
	気持ちの切り替えができる				
	共感性がある				
	言葉を字義通りに受けてしまう				
	落ち着きがある				
	一斉指示を理解できる				
	順番を守れる				
	こだわりがある				
	自分だけのルールがある				
	予定の変更ができる				
	興味関心の偏りがある				
	他者からの干渉を嫌う				
自傷行為がある					
運動 感覚	走り方などに違和感がある				
	道具を使った運動ができる				
	手先が器用である				
	感覚的に過敏なところがある				

予診に来院された際に窓口に提出してください。

		幼児期	小学校	中学校	高校
学習面	字を書くことが苦手である				
	文章を読むのが苦手である				
	文章を書くのが苦手である				
	計算が苦手である				
	図工(美術・技術)が苦手である				
	できる・できないの差が激しい				
学校生活	忘れ物が多い				
	整理整頓ができない				
	席を立ててしまう事がある				
	場に合わない言動が見られる				
	学校生活を楽しめた				
その他	通っている場所から指摘がある				
<p>幼少期の遊びについて伺います。あてはまるものにチェックをつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>大人と遊んでいる <input type="checkbox"/>友達と遊んでいる <input type="checkbox"/>1人で遊んでいる</p> <p><input type="checkbox"/>外で遊ぶ方が好き <input type="checkbox"/>内で遊ぶ方が好き</p> <p>どのような遊びをしていましたか？</p> <p>行事などに参加しているときの様子を教えてください。</p>					
<p>現在の生活についてお伺いします。</p> <p>睡眠： ～ 時（ 時間）<input type="checkbox"/>日によってばらつきが大きい</p> <p><input type="checkbox"/>一度眠ればぐっすり眠れる <input type="checkbox"/>途中で目が覚めている</p> <p><input type="checkbox"/>目覚めが悪い</p> <p>食事：食欲について</p> <p><input type="checkbox"/>過食 <input type="checkbox"/>三食しっかりと食べられている <input type="checkbox"/>食欲がない <input type="checkbox"/>拒食</p> <p><input type="checkbox"/>日によってばらつきがある <input type="checkbox"/>その他</p> <p>好みについて</p> <p><input type="checkbox"/>食事にかたよりのある。 <input type="checkbox"/>新しい食材も食べられる</p> <p>排泄：<input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>ゆるい <input type="checkbox"/>腹痛がある</p> <p>身支度：<input type="checkbox"/>自分でできている <input type="checkbox"/>手伝いが必要</p> <p>歯磨き：<input type="checkbox"/>できている <input type="checkbox"/>嫌がる</p> <p>入浴：<input type="checkbox"/>入れている <input type="checkbox"/>嫌がる</p> <p>片付け：<input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>手伝えばできる <input type="checkbox"/>できない</p>					
<p>趣味や特技、好きなことを教えてください。</p>					
<p>習い事などをしていれば教えてください。</p>					

予診に来院された際に窓口に提出してください。

本人様の性格について教えてください。

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	治療方法（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。

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。）

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）

はい いいえ