

児童思春期外来 問診票

患者氏名（フリガナ）：	男 女	記入者氏名：（間柄： ）	電話番号：	緊急連絡先：
住所： 〒 —	様	様	年齢：	学校名／学年：
◎今一番つらい症状やお悩みをありのままにお書きください。				
◎悩みが始まったのはいつ頃ですか？ （ 年 月） または（ 歳）頃				
◎悩みのきっかけはありましたか？				
◎悩みの経過は？	始まったばかり ・ 変化ない ・ 悪化している			
◎当院への希望	相談・検査・診断・治療・その他（ ）			
◎精神科のお薬を服用することについて	必要なら使用したい・抵抗がある → 理由（ ）			
◎これまでに相談したところがありますか？ また、その結果はどうでしたか？ ※ 複数ある場合はそれぞれお書き下さい。				
◎妊娠中や出産時に変わったことはありましたか？	ない・ある（ ）			
◎乳幼児検診で何か指摘されたことはありましたか？	ない・ある（ ）			
◎それぞれの時期で友達や先生に馴染めましたか？ 気になる出来事はありましたか？				
幼稚園	… ない・ある（ ）			
小学校低学年	… ない・ある（ ）			
小学校高学年	… ない・ある（ ）			
中学校	… ない・ある（ ）			
高校	… ない・ある（ ）			
◎今までに大きな病気やけがをしたことがありますか？ また治療中の病気がありますか？（例：8歳～小児喘息）				
◎現在服用中の精神科以外のお薬は？	ない・ある（ ）			
◎お薬や食物のアレルギーは？	ない・ある（ ）			
◎家族や親戚のなかで心療内科にかかったことがある方がいますか？（例：叔父 40歳～うつ病・〇〇クリニック通院中）				
◎家族構成を教えてください（例：父 公務員、長女 大学生）				
同居している方…				
同居していない方…				
◎趣味や特技は？				
◎当院をどちらで知りましたか？	医療機関の紹介（ ）・知人の紹介（ 様） ホームページ・ネット（サイト名： ）・通リすがり・チラシ・看板			

※ご記入が完了しましたら受付までお持ちください。ご協力ありがとうございました。

☆すずろメンタルクリニック☆