

初診時間診票(高校生～成人)

記入者: _____ (本人・母・父)

受診される方のお名前: _____

■ 今回の受診はどのようなことが目的でしょうか。当てはまるものに○をつけてください。

- ・ 診断をしてほしい
- ・ 薬を処方してほしい
- ・ 困った症状や行動について相談したい (例えば: _____)
- ・ 学校や職場から受診を勧められた
- ・ 別の医師や施設などから受診を指示された (_____ よりの紹介)
- ・ 本人の意思できた
- ・ 検査を受けたい
- ・ その他 (_____)

■ 今困っていること・相談したいことはどんなことですか？

■ それはいつごろからですか？ 西暦 _____ 年 _____ 月ごろから (_____ 歳ごろから)

■ なにかきっかけとなる出来事がありましたか？

■ それについてどこかで相談されましたか？

_____ (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)
_____ (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)
_____ (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)

・これらの受診や相談の結果、診断名や今後の予想、対応法などについてどのような説明を受けましたか？

・それについてどのように感じておられますか？

■ 福祉サービスを受けておられますか？

- ・ 療育手帳 (等級: 取得: 年 月)
- ・ 身体障害者手帳 (等級: 取得: 年 月)
- ・ 精神障害者保健福祉手帳 (等級: 取得: 年 月)
- ・ 特別児童扶養手当 (等級: 取得: 年 月)
- ・ 障害児福祉手当 (等級: 取得: 年 月)
- ・ 市町村発行の受給者証/就労支援や生活支援などの障害福祉サービス
- ・ 自立支援医療
- ・ その他 ()

■ 最終学歴を教えてください。

<u>機関</u>	<u>期間</u>
_____ (年 月 ~ 年 月)
_____ (年 月 ~ 年 月)

■ 職歴を教えてください。(書ける範囲で構いません)

_____ (年 月 ~ 年 月)
_____ (年 月 ~ 年 月)
_____ (年 月 ~ 年 月)

■ 現在通っておられる趣味や習い事がありましたらお書きください。

_____ (年 月 ~ 年 月)
_____ (年 月 ~ 年 月)

■ ご家族について (成人の方は同居されている方に○をつけていただくだけで構いません)

	<u>お名前</u>	<u>生年月日</u>	<u>職業(学校)</u>
父	_____	_____年____月____日生(歳)	_____
母	_____	_____年____月____日生(歳)	_____
兄弟姉妹	_____	_____年____月____日生(歳)	_____
〃	_____	_____年____月____日生(歳)	_____
〃	_____	_____年____月____日生(歳)	_____
子	_____	_____年____月____日生(歳)	_____
〃	_____	_____年____月____日生(歳)	_____
配偶者	_____	_____年____月____日生(歳)	_____
その他	_____	_____年____月____日生(歳)	_____

■ 喫煙や飲酒の習慣はありますか？ 喫煙(あり・なし・やめた) 飲酒(飲まない・時々・毎日)

・ご親族に次にあてはまる方がおられましたら、その項目に○をつけ、ご自身との間柄をお書き下さい。

言葉の遅れ() 知的障害() 脳性麻痺()
 耳の障害() 目の障害() てんかん()
 自閉スペクトラム症や注意欠如・多動症・学習障害などの発達障害()
 統合失調症() そううつ病() うつ病()
 パニック障害/不安障害() その他の精神疾患〔 () 〕()

■乳幼児健康診断で異常を指摘されたことはありますか？

(わからない・異常なし・あり:)

■学童期(小中学生の時)に、精神的に困ったりつまずいたりしたことがありますか？

(特に問題なかった・困ったことがあった:)

■ これまでに下記のような病気をしたことがありますか？

けいれん(歳) 髄膜炎・脳炎(歳)
 アレルギー(アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・食物アレルギー・気管支喘息・その他)
 大きなけが・骨折など()
 手術()
 その他(入院した病気など)()

■ 現在、通院している病気はありますか

高血圧・高コレステロール血症・糖尿病・心臓疾患・肝臓疾患・腎臓疾患・脳疾患・緑内障・前立腺肥大
 ・通院している場合はお薬の内服していますか(していない・している)
 ・お薬を内服されている場合、薬の名前を書いてください

・
 ・

◎薬のアレルギーがありますか？薬を飲んで発疹や副作用が出たことがありますか？ いいえ・はい
 (「はい」の人はその薬の名前を書いてください:)

■これまでに受けられた検査がありますか？その結果はどうでしたか？

検査	時期	医療機関など	結果
脳波	(年 月)	()	()
頭部 CT	(年 月)	()	()
頭部 MRI	(年 月)	()	()
心理検査	(年 月)	()	()
知能検査	(年 月)	()	()
その他〔 〕	(年 月)	()	()

問診は以上です。ご協力ありがとうございました。