

# 家族相談問診票

日本橋サングリニック

記入日 年 月 日

(ふりがな) 相談者のお名前	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日	年齢 歳
本日はどなたのことをご相談にいらっしゃいましたか？その方はおいくつですか？ ( ) 歳			
どのようなことで、いつ頃からお困りかお書きください。			

以下は相談したい方についての質問になります。

現在ご同居されているご家族を教えてください。			
<input type="checkbox"/> 父 ( ) 才 <input type="checkbox"/> 母 ( ) 才 <input type="checkbox"/> 兄 ( 人 ) <input type="checkbox"/> 姉 ( 人 ) ( . ) 才 ( . ) 才 <input type="checkbox"/> 弟 ( 人 ) <input type="checkbox"/> 妹 ( 人 ) ( . ) 才 ( . ) 才 <input type="checkbox"/> 祖父 ( ) 才 <input type="checkbox"/> 祖母 ( ) 才 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
今まで小児科・児童精神科・心療内科におかかりになったことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方はいつ頃からどちらの病院におかかりだったかお書きください。 診断名と処方されていたお薬もあわせてお書きください。			
期間	病院名	診断名	処方されていたお薬
年 月頃～ 年 月頃まで			
年 月頃～ 年 月頃まで			
現在内服しているお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方はお薬名をお書きください。			
今まで出たことのある症状で当てはまるものにチェックしてください。 また かかった時期をお書きください。			
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん ( 才 ヶ月 ) <input type="checkbox"/> てんかん発作 ( 才 ヶ月 ) <input type="checkbox"/> チック症状 ( 才 ヶ月 )			

裏面もご記入ください

今までに大きなご病気や手術をされたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方は下記もご記入ください。		
いつ	病院名	どのような治療をしたか
年 月頃		
お薬や注射でアレルギーが起きたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
ご家族で精神科や心療内科におかかりだったことがある方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ある方はどなたがおかかりだったかお書きください。		
どなたが	診断名	
<b>生まれた時についてお伺いします。</b>		
出生体重 (	、	グラム
出生時期	<input type="checkbox"/> 満期産	<input type="checkbox"/> 37週未満 <input type="checkbox"/> 42週以上
分娩方法	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩
保育器の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
児の状態	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 新生児仮死 <input type="checkbox"/> 黄疸
	<input type="checkbox"/> その他 (	)
<b>乳幼児期についてお伺いします。</b>		
首のすわり ( )ヶ月	はいはい ( )ヶ月	
一人で歩く ( 才 )ヶ月		
初めて言葉を話す ( 才 )ヶ月		
二語文 ( 才 )ヶ月		
今まで検診で問題を指摘されたことがありましたか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方はいつの検診でどのようなことを指摘されたかお書きください。		
<b>集団生活についてお伺いします。</b>		
現在通っている学校、幼稚園、保育園の名前	学年	
	年生	
以下は通ったことがあるところにチェックしてください		
<input type="checkbox"/> 保育園・保育所	⇒ ( 才 )ヶ月～)	
<input type="checkbox"/> 幼稚園	⇒ <input type="checkbox"/> 2年保育 <input type="checkbox"/> 3年保育	

2枚目もご記入おねがいします。

(1枚目の続き)

小学校



普通級

特別指導学級



固定学級

通級指導学級

特別支援学校

中学校



普通級

特別指導学級



固定学級

通級指導学級

特別支援学校

高等学校・高専

(

) 高等学校

(

) 科

集団生活のなかで問題を感じたことがありますか？

(複数回答可能)

登園・登校をしぶる

不登園・不登校

先生からの問い合わせが多い

けんか・トラブルが多い

集団に入れない

その他

多動で落ち着かない

一人遊びが多い

( )

こだわりが強い

指示に従えない

友達が少ない

いじめ

日常生活についてお伺いします。

好きなことはなんですか？

得意なことはなんですか？

本日の診察で特にご希望されることはありますか？

当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット

ご紹介 ( ) より

知人の勧め

通りがけに看板を見て

その他 ( )

以下は女子の方のみお答えください。

月経についてお伺いします

まだ初来していない

あり

⇒ 初潮年齢 ( ) 才

質問は以上です。ご記入ありがとうございました。