



心療内科・児童精神科

ファミリーメンタルクリニック

問診票 発達相談用

予約決定日時： 月 日 時 分

記入者： 本人・母・父・その他（ ）	
ご本人	フリガナ：
	氏名： (男・女)
	生年月日：西暦 年 月 日 () 歳
	〒 ー
	住所： 自宅電話： 携帯電話： [本人・母・父・その他()] クリニックの名前を出してお電話しても構いませんか (はい・いいえ) 学校・園名または職業：

1. 主な心配ごとは何ですか。

2. 今までに相談・医療機関に行かれたことはありますか。(ない・ある)

() 歳 施設名： 担当者： 内容・結果：

() 歳 施設名： 担当者： 内容・結果：

3. 次のうち当クリニックに一番期待するものに○をつけて下さい。

診断、心理検査、お薬の処方、カウンセリング、家族の接し方、その他()

4. 妊娠・出生時のことについて教えてください。

妊娠中・出生時の異常所見 ない ある()

出生時 第 () [週・か月]、 体重 () g

5. 発達の様子を教えてください。

首がすわった () か月 一人で歩いた () 歳 () か月

パパ、ママなどの簡単な言葉を使う () 歳 () か月

1歳6か月児健診の指摘 なし・あり ()

3歳児健診の指摘 なし・あり ()

6. 就学前に通所していたところ(療育センター・保健所など)はありますか。(ない・ある)

() 歳 から () 歳 まで ()



7. 幼児期に次のようなことはありましたか。

視線が合いにくい ・ 言葉がなかなか増えない ・ 独語が多い ・ 迷子になりやすい
ひとり遊びが多い ・ こまのようにグルグル回る ・ つま先で歩く ・ 道順や物の位置にこだわる
ミニカーなどをきれいに並べる ・ 回転物(タイヤ等)を眺める ・ 特定のマークやCMが好き

8. (小学生以上の方のみ) 学校生活で困ったことはありますか

友人のこと ない・ある ()
勉強のこと ない・ある ()
その他 ()

9. 今までにかかった主な病気やけがはありますか。

() 歳 病名:
() 歳 病名:

10. 現在常用している薬はありますか。

ない・ある(薬剤名:)

11. アレルギー性疾患はありますか。(ない・ある)

食べ物アレルギー(食品名:) 薬アレルギー(薬剤名:)

12. ご家族についてお聞きします。

- ・ 母: () 歳 職業: 健康状態:
- ・ 父: () 歳 職業: 健康状態:
- ・ きょうだい(ご本人は除く)

	年齢	性別	学年または職業
1	歳	男 女	
2	歳	男 女	
3	歳	男 女	

- ・ 同居している人(ご本人は除く)に○をつけてください。

母, 父, きょうだい() 人, 祖母(父方・母方), 祖父(父方・母方), その他()

13. その他、医師に知らせておきたいこと・ご希望があればご記入ください。

14. 当院をどこでお知りになりましたか。

紹介(紹介元:) インターネット その他 ()

ご協力ありがとうございました。なお、この内容は診療以外の目的には使用しません。