

初診時間診票②

記入年月日： 年 月 日

受診者	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男 女	年 月 日 (歳)
住所	〒			
連絡先	自宅：		携帯：	
記入者氏名	(続柄)			

※ 以下の質問は診断の参考となりますので、できるだけご記入ください。当てはまる項目の□にチェックを入れてください。なお、ご記入いただいた個人情報は厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。

I. 受診理由

<p>今日は、どのような理由、困りごと、症状で当院を受診されましたか</p> <p> <input type="checkbox"/> 落ち着きの無さ・多動 <input type="checkbox"/> 集中力の無さ <input type="checkbox"/> 衝動性の高さ <input type="checkbox"/> 登校渋り、不登校 <input type="checkbox"/> 勉強についていけない（読み書きが苦手、計算が苦手など） <input type="checkbox"/> 対人関係がうまくいかない <input type="checkbox"/> 仕事でミスが多い <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____) </p>												
<p>それは、いつ頃からありますか また、どこで問題が起こっていますか</p>												
<p>これまでどのような対応をしてきましたか</p>												
<p>(受診者がお子様の場合) 受診にあたり、お子様にどのように説明しましたか</p>												
<p>これまでに、どこかの相談機関で相談したり、療育に通ったことがある場合は記入してください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">相談機関名</th> <th style="width: 30%;">相談した時期</th> <th style="width: 40%;">相談内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	相談機関名	相談した時期	相談内容									
相談機関名	相談した時期	相談内容										
<p>診察で希望する事はなんですか</p> <p> <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 相談（家族との関係） <input type="checkbox"/> 相談（進学、学校関連、職場関連） <input type="checkbox"/> その他（ _____) </p>												

II. 現在の症状、既往歴について

<p>現在ある症状について、当てはまる項目にチェックしてください</p> <p> <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む <input type="checkbox"/> 意欲が出ない <input type="checkbox"/> おっくう <input type="checkbox"/> 気持ちが焦る <input type="checkbox"/> 集中力がない <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 自分を責める <input type="checkbox"/> 自殺を考える <input type="checkbox"/> 物忘れがある <input type="checkbox"/> 人の名前やことばがすぐに出てこない <input type="checkbox"/> 道に迷う <input type="checkbox"/> 日付などを一日に何度も確認する <input type="checkbox"/> 怒りっぽい（かんしゃくをおこす） <input type="checkbox"/> 性格が変わった <input type="checkbox"/> 衝動的に買い物したり行動したりする <input type="checkbox"/> 元気がよすぎる <input type="checkbox"/> 忘れ物や失くし物が多い <input type="checkbox"/> 落ち着きがないとよく言われる <input type="checkbox"/> 片づけが苦手 <input type="checkbox"/> 場の空気が読めない <input type="checkbox"/> 物事を順序立てて実行することが苦手 <input type="checkbox"/> 突然予定が変更されるとパニックになる <input type="checkbox"/> ずっと見られている気がする <input type="checkbox"/> 悪口を言われている気がする <input type="checkbox"/> 正体不明の声が聞こえる <input type="checkbox"/> 他人の考えが入り込んだり、自分の考えが他人に伝わっている感じがする <input type="checkbox"/> 何度も確認しないと気が済まない <input type="checkbox"/> 不潔恐怖 <input type="checkbox"/> 発作的な体調不良（内容：例）過呼吸・動悸など) <input type="checkbox"/> 学校や仕事に行けない <input type="checkbox"/> 家事ができない <input type="checkbox"/> 気持ちの切りかえができない <input type="checkbox"/> 食べ過ぎてしまう <input type="checkbox"/> 食べたあと吐く <input type="checkbox"/> 対人関係に過敏（傷つきやすい） </p>			
<p>現在の睡眠や食欲などについておたずねします</p> <p> 睡眠状況： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> 朝早く目が覚める <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 寝てばかりいる <input type="checkbox"/> 昼夜逆転している 食欲： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 体重の変化： <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ 増えた 減った ） </p>			
<p>飲酒や喫煙についておたずねします</p> <p> 飲酒： <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない <input type="checkbox"/> 機会があれば飲む <input type="checkbox"/> ほぼ毎日飲む（一日あたり を くらい） たばこ： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（一日あたり 本くらい） </p>			
<p>現在、通院中の病気はありますか</p> <p> 診断名： 医療機関名： 内服中の薬： 薬はどなたが管理していますか： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他：（ ） </p>			
<p>今までにかかったことのある病気などについておたずねします</p> <p> <input type="checkbox"/> けいれん・ひきつけを起こしたことがある （時期： 程度： ） <input type="checkbox"/> 薬や食べ物のアレルギーがある （内容： ） <input type="checkbox"/> 今までに入院治療をしたことがある （時期： ） 診断名： 医療機関名： <input type="checkbox"/> 過去に発達障害と診断されたことがある （時期： ） 診断名： 医療機関名： </p>			
<p>以下の検査を受けたことがありますか</p> <p> <input type="checkbox"/> 脳波検査 （年齢： 実施機関： 結果： ） <input type="checkbox"/> CT・MRI （年齢： 実施機関： 結果： ） <input type="checkbox"/> 発達検査・知能検査（年齢： 実施機関： 結果： ） ※検査名が分かれば書いてください（ ） </p>			

Ⅲ. 生育歴、発達状況について

妊娠中から現在までの発達の経過を年代ごとにかがいます。

1. 妊娠中、出産時について

妊娠中の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
出産状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産（ 週） <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> その他（ ）
出生時の体重・身長	g / cm
出生直後の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
その他気になったこと	

2. 乳幼児期について

寝つき	<input type="checkbox"/> 良かった <input type="checkbox"/> 良くなかった（抱っこしてないと寝なかった、など）
夜泣き	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった（期間： ）（負担感： あり なし）
抱っこ	<input type="checkbox"/> 喜ぶ <input type="checkbox"/> 喜ばない（抱きにくい、抱かれるのを嫌がる、など）
視線	<input type="checkbox"/> 合う <input type="checkbox"/> 合いにくかった <input type="checkbox"/> 合わない
指さし	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しなかった
名前を呼ぶと	<input type="checkbox"/> 振り向いた <input type="checkbox"/> 振り向かなかった
後追い	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> すごくあった <input type="checkbox"/> なかった
ひとりで居ること	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 全く平気だった <input type="checkbox"/> すごく嫌がった
人見知り	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 全くない（初対面の人でも平気で話しかける） <input type="checkbox"/> すごくあった
他者への関心	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ない（同年代の子供への関心が乏しいなど） <input type="checkbox"/> 誰とでも話す
他者への攻撃	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（思い通りにならないと怒る、手が出るなど）
遊び	<input type="checkbox"/> 友達と仲良く遊べた <input type="checkbox"/> 一人で遊んでいた <input type="checkbox"/> 回転するものに興味があった <input type="checkbox"/> いつも同じ遊びをしていた <input type="checkbox"/> 一つの遊びが長続きしない
落ち着き	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> なかった（動き回って目が離せない、道路に飛び出すなど）
予定の変更に	<input type="checkbox"/> 普通に対応できた <input type="checkbox"/> 対応できず、パニックになる、怒る
匂い、触覚、音、光などへの過敏さ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に：
栄養、食事	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 食事の仕方に特徴があった（極端な偏食、小食など）
運動	<input type="checkbox"/> 手先が不器用 <input type="checkbox"/> ボール投げや走ることなど運動が苦手
ことば	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅れが気になった <input type="checkbox"/> 特定の音（サ行、ラ行など）がうまく言えなかった <input type="checkbox"/> 同じフレーズを何度も繰り返して言うことがあった <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）
意味のある単語が出た時期	歳 ヶ月頃
歩き始め	歳 ヶ月頃
1 歳半健診や 3 歳児健診で何か指摘されましたか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（時期： 指摘内容）	

通園状況について教えてください

託児所・保育園・幼稚園名	通園期間	保育士の加配や支援の有無

幼稚園、保育園での生活について、印象に残っていること、園から指摘されたことなどはありますか

3. 小学生の頃について

気になった、あるいは周囲から指摘されたことがあるものにチェックをしてください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 生活習慣が身についていない | <input type="checkbox"/> 食事について心配がある（極端な偏食、小食など） |
| <input type="checkbox"/> 学校の勉強についていけない | <input type="checkbox"/> どのように、なぜ、といった説明が苦手 |
| <input type="checkbox"/> 宿題をすることを嫌がる | <input type="checkbox"/> 好きなことしかしない |
| <input type="checkbox"/> 年齢相応の友達関係がほとんどないか、少ない | <input type="checkbox"/> 人の気持ちや意図が分からない |
| <input type="checkbox"/> 言われたことを場に応じて理解するのが難しい | <input type="checkbox"/> 冗談が分からず、ことば通りに受け止める |
| <input type="checkbox"/> 乱暴なことばや行動が多い | <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹とのケンカが多い |
| <input type="checkbox"/> 注意しても聞かない | <input type="checkbox"/> 落ち着きがない |
| <input type="checkbox"/> 片付けが苦手 | <input type="checkbox"/> 忘れ物やなくし物が多い |

学習面について、以下の点について記入してください

- 読み書きが苦手（具体的に： _____）
- 計算が苦手（具体的に： _____）
- 極端な不器用さがある（具体的に _____）
- ・成績：（ 上 中 下 ）
- ・得意科目： _____ ・不得意科目： _____

学習面や気になっていることに対してどのような対応をしましたか

担任に何か指摘されたことはありましたか

友達関係はどうでしたか

好きな遊びや趣味、習い事、塾など

