

エールこころのクリニック 初診時間診票（未就学児）

受診者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女  
生年月日 西暦 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 年齢 \_\_\_\_\_歳  
記載者氏名 \_\_\_\_\_ 受診者との続柄：母親、父親、その他（ \_\_\_\_\_ ）

- ① 現在、困っていること、心配なこと、相談したいことは何ですか？
- ② 今回の当院受診で希望することに○をつけてください。（複数回答可）
- ・診断をつけてほしい
  - ・薬の処方
  - ・カウンセリング
  - ・診断書の交付
  - ・接し方の助言
  - ・進学の相談
- ③ これまでにかかった大きな病気（例：3歳 肺炎）
- ④ 現在、継続して治療している病気（定期的にお薬を内服している方はお薬手帳をご提示ください。）  
（例：5歳～ てんかん）

⑤ お薬で副作用が出たことはある場合は薬品名と副作用の内容を記載してください。

（ジェネリック医薬品への変更ができない薬品がある場合も記載してください。）

薬品名（ \_\_\_\_\_ ） 副作用の内容（ \_\_\_\_\_ ）

⑥ 家族

\* 同居している方に○をつけてください。受診者の接する時間が最も長い方に二重下線を引いてください。

父親、母親、兄弟姉妹（ \_\_\_\_\_人（受診者を含む））、

祖父（父方・母方）、祖母（父方・母方）、おじ、おば、その他（ \_\_\_\_\_ ）

父親 年齢 \_\_\_\_\_歳、職業 \_\_\_\_\_

最終学歴 中学校、高校、高専、専門学校、短大、大学、大学院、その他（ \_\_\_\_\_ ）

性格 穏やか、せっかち、怒りっぽい、そそっかしい、まじめ、心配性、その他（ \_\_\_\_\_ ）

健康状態 健康、持病あり（ \_\_\_\_\_ ）、別離（本人が\_\_歳の時）、死亡（本人が\_\_歳の時）

母親 年齢 \_\_\_\_\_歳、職業 \_\_\_\_\_

最終学歴 中学校、高校、高専、専門学校、短大、大学、大学院、その他（ \_\_\_\_\_ ）

性格 穏やか、せっかち、怒りっぽい、そそっかしい、まじめ、心配性、その他（ \_\_\_\_\_ ）

健康状態 健康、持病あり（ \_\_\_\_\_ ）、別離（本人が\_\_歳の時）、死亡（本人が\_\_歳の時）

兄弟姉妹の性別、年齢、所属（幼稚園、学校などの名称）を年齢の高い順に記載してください。

- |        |   |           |        |   |           |
|--------|---|-----------|--------|---|-----------|
| 1. 男・女 | 歳 | （ _____ ） | 4. 男・女 | 歳 | （ _____ ） |
| 2. 男・女 | 歳 | （ _____ ） | 5. 男・女 | 歳 | （ _____ ） |
| 3. 男・女 | 歳 | （ _____ ） | 6. 男・女 | 歳 | （ _____ ） |

近い親戚（いとこ、祖父母など）に精神疾患や発達特性のために精神科通院中の方はいますか？

本人との関係（ ） 病名・特性（ ）

⑦ 発達の状況

言葉の発達に遅れがありましたか？ （ はい ・ いいえ ）

単語（「ママ」、「パパ」など）を話すようになった時期 （ 歳 カ月）

2 語文（「ジュースちょうだい」など）を話すようになった時期 （ 歳 カ月）

運動発達の遅れがありましたか？ （ はい ・ いいえ ）

ハイハイ（ カ月） つかまり立ち（ 歳 カ月） 歩き始め（ 歳 カ月）

1 歳までの様子で当てはまるものに○をつけてください。

- ・人見知りをしなかった
- ・人見知りが激しかった
- ・後追いをしなかった
- ・独り遊びが多かった
- ・睡眠をとりにくかった

乳幼児健康診査で指摘された事柄はありますか？

- ・1 歳半健診 なし ・ あり（内容 ） ・ 受診していない
- ・3 歳児健診 なし ・ あり（内容 ） ・ 受診していない
- ・5 歳児健診 なし ・ あり（内容 ） ・ 受診していない

⑧ 幼稚園・保育園・こども園での様子 園の名称（ ）

当てはまるものがあれば○をつけてください

- ・視線が合わなかった
- ・言葉の遅れがあった
- ・オウム返しをした
- ・こだわりが強かった（例えば道順、物の位置、手順、記号、マークなど）
- ・興味の偏りがあった
- ・落ち着きがなかった
- ・集団行動から遅れる
- ・席を離れたり教室から出たりした

その他に気になることがあれば自由に記載してください。

⑨ 療育を利用している方は施設の名称と頻度（例：週に1回，月に2回）を記載してください

（名称： 頻度：週 ・ 月に 回）

⑩ 下記の手帳をお持ちですか？

- ・療育手帳 なし ・ あり（ 級）
- ・精神障害者手帳 なし ・ あり（ 級）

⑪ 感覚過敏について

- ・大きな音や、他の人は気にならないような普通にある音（人がいてザワザワする音など）が過度に苦手だったり、何かの音が苦手で耳を塞ぐことがありますか？ はい・ いいえ
- ・光を過度に眩しがることがありますか？ はい・ いいえ
- ・食べる食品が限られていたり、苦手な食品が多いなど偏食はありますか はい ・ いいえ
- ・服のタグを異常に気にしたり、素材が苦手で着られない服はありますか？ はい・ いいえ
- ・他人に触れられることを嫌がる事はありますか？ はい・ いいえ
- ・洗剤や化学物質由来の匂いなど、匂いを過度に嫌がる事はありますか？ はい・ いいえ
- ・感覚過敏のために、生活に支障がでることはありますか？ はい・ いいえ