心療内科・精神科初診の方へ

愛知淑徳大学クリニック
電話：0561-62-1222
受付時間：平日 9：30~18：00

　このたびはご予約をいただき、ありがとうございました。ご予約日時や受診時にお持ちいただく物などを以下の通りご案内いたします。

予約日時

年　　月　　日（　　）　　時

予約当日はクリニック 2 階の受付へお越しください

当日お持ちいただく物

・「心療内科・精神科　問診票」記入済み用紙　※ご用意していただいた方
・お薬手帳
・紹介状・検査結果など
・母子手帳　※16 歳未満の方

※予約のキャンセルは、早めに当院までご連絡ください。

ＩＤ

心療内科・精神科　問診票（16 歳未満）

記入日：　20　　年　　月　　日　　記入者：　　（続柄）

フリガナ		男・女	生年月日	西暦　　年　　月　　日（　　歳）			
氏名							
住所	〒						
電話番号	自宅			携帯			
職業		身長	cm	※体重	kg	体温	℃

◆現在お困りの症状は何ですか？

例：眠れない…など

◆いつ頃からですか？

◆思い当たる原因やきっかけは何ですか？

◆当院を受診するに至った動機や目的を教えてください

◆現在の症状で通っている病院はありますか？　あ る　・　な い

→ 転院を希望しますか？　は い　・ いいえ　・ 検討中

（ 紹介状・検査結果等：　あ り　・　な し ）

◆精神科・心療内科に受診歴はありますか？

あ る（ 下記に病院名と通っていた時期と症状や病名等をご記入下さい ）　・　な い

例：☆〇クリニック　2024 年 6 月～2025 年 4 月　言葉の遅れ　2024 年 7 月に発達検査

◆精神科・心療内科以外で通っている病院はありますか？

あ る（ 下記に病院名（何科）と時期と病名をご記入下さい ）　・　な い

例：☆〇病院（小児科）　2023 年 12 月～2024 年 4 月　熱性けいれん　1 週間入院　12 月に脳波検査

◆出生・発達について

生まれたときの体重＿＿＿＿g　身長＿＿＿＿cm　何週で生まれましたか＿週＿日

分娩異常：　な し ・ あ り（　　）　出生時の異常：　な し ・ あ り（　　）

妊娠・出産時に特記することはありましたか？（例：切迫早産など　　）

◇発達の様子

首の座り＿＿＿か月　歩きはじめ＿歳＿か月　話し始め＿歳＿か月（話した言葉：　　）

健診時の指摘：　な し・ あ り　→＿＿＿＿歳時健診（指摘内容：　　）

指摘内容についてのフォロー：　な し ・ あ り　（内容：4 歳～言語訓練・療育など　　）

◆現在お薬を飲んでいますか？（塗る・点眼等を含む）※あてはまる方に○をつけて下さい

ある　・　ない

◆睡眠について　※あてはまる番号全てに丸をつけて下さい

＜布団に入る時間：AM・PM＿＿時頃　/　布団から出る時間：AM・PM＿＿時頃　/　昼寝：なし・あり（　　分）＞

(1) 問題ない

(2) 中々寝付けない　（＿＿＿＿時間くらい）

(3) 寝ている途中で目が覚める（時間：＿＿＿＿＿＿時頃　/　回数：＿＿＿回くらい）

(4) 明け方早くに起きてしまう（時間：＿＿＿＿＿＿時頃　/　その後寝付ける　・　その後寝付けない　）

(5) 良く寝た感じが得られない（日中の生活に支障：　あり　・　ない　）

◆食事について　※あてはまる番号全てに丸をつけて下さい

(1) 問題ない

(2) 食べ過ぎる（量・内容：食後　ポテチ２袋など　）

(3) 食べられない

(4) その他（嘔吐など　）

◆体重：　減った（－　　kg）　・　変わらない　・　増えた（＋　　kg）

◆薬や食べ物でアレルギーはありますか？　ない　・　ある（　　）

◆便通：　普通　・　下痢　・　便秘

◆月経：　定期的　・　不定期　・　始まっていない　/　初潮：＿＿歳

◆自傷行為：　ない　・　ある　（内容：　　）

◆現在通学中の学校名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年生）　/　普通級　・　支援級

◆登校状況：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆学業成績：　低　・　中　・　高　（得意な教科：　　/　苦手な教科：　　）

◆習い事・部活：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿頻度：＿＿＿＿＿＿

◆ご家族について

父：＿＿歳　職業＿＿＿＿　健康・死亡・病気がち（病名：　　）

母：＿＿歳　職業＿＿＿＿　健康・死亡・病気がち（病名：　　）

兄弟姉妹：＿＿人　→＿＿歳（男・女）、＿＿歳（男・女）、＿＿歳（男・女）、＿＿歳（男・女）

現在同居している方：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

血縁者で精神科・心療内科を受診したことがある方はいますか？　いる　・　いない

間柄：＿＿＿＿＿＿　症状：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（医療機関名：＿＿＿＿）

◆現在ご利用されている福祉制度やサービスはありますか？（例：療育、デイサービス、福祉手帳　など）

ない　・　ある　→　内容：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

時期：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆他に気になることがあればご記入下さい

※紹介状や検査結果、お薬服用中の方はお薬手帳など詳細が分かるものを受付時にご提示下さい