児童・思春期予診票

年　　月　　日

フリガナ: 氏名:　　様	生年月日: 平成　令和 西暦　　年　月　日生	TEL: 自宅 （　　）
住所:〒　　男・女		携帯電話 （　　）
手帳 あり（身体障害者手帳　　級・愛の手帳　　度・精神障害者保健福祉手帳　　級）・なし		障害福祉サービス受給者証 あり・なし
血圧 ／	身長 cm	体重 kg

①現在お困りのことは何ですか。（できましたら、具体的にご記入ください。）

（　　）

□不眠　□人目が怖い
□不安　□忘れ物が多い
□食欲がない　□不登校
□イライラする　□体に傷をつける
□気が沈む　□死にたい気持ちがある

②それはいつ頃からですか。

（　　）

★③現在、通学先や通所先などはありますか。

機関名	開始時期	曜日・回数等	内容
※例　△市立○×中学校	2015年4月入学	月～金	

★④習い事をしていますか。

□ない　□ある（　　）

⑤このような悩みで心療内科や精神科に通院されたことはありますか。

□ない　□ある（　　病院・クリニック　　年　　月頃　□入院　□通院）
（　　病院・クリニック　　年　　月頃　□入院　□通院）

★⑥心療内科・精神科以外に通院中の科はありますか。また内服薬はありますか。

□ない　□ある→**下記もご記入ください。**

治療の内容	病院・クリニック名	科・担当医名	内服薬名
※記入例　ぜんそく	△○病院	小児科　佐藤先生	オノン

裏面に続きがございます。引き続きご記入をお願いします→

⑦今までにお怪我や、身体のご病気にかかったことはありますか。

□ない　　□ある（病名:　　いつ頃ですか:　　）

★⑧妊娠・出産時に、医師等から指摘を受けましたか。

□ない　　□ある（低体重等　　）

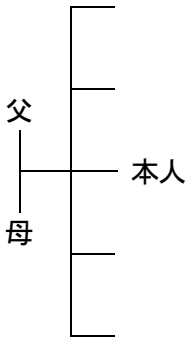
★⑨健診で、言葉や発達の遅れを指摘されたことがありますか。

□ない　　□ある（　　）

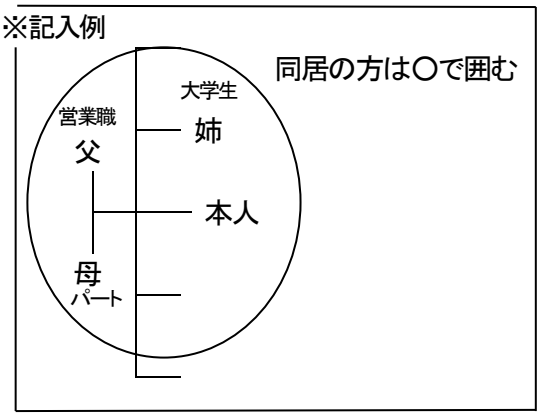
⑩アレルギーはありますか。

□ない　　□ある（薬品名:　　食品名:　　）

⑪ご家族構成・職業等を教えてください。



※記入例



⑫お付き添いの方の連絡先を教えてください。

お名前　　続柄　　連絡先

⑬ご家族の中で精神科・心療内科に通院した方はいらっしゃいますか。

（　　）

⑭好きなこと・趣味はありますか。

（　　）

⑮当院を知ったきっかけを教えてください。

□ホームページを見て　□知人からの紹介　□他院の紹介（病院名:　　）

□学校の紹介（学校名:　　）　□その他（　　）

⑯ご状況により、関係機関等と連携をとらせていただくことがございます。ご了承いただけますか。

□はい　□いいえ

⑰後日、担当者よりご連絡いたします。ご都合のよろしいお時間帯をお知らせください。

□いつでも可能　□可能な曜日・時間（　　※日・祝を除く9時～17時でご記入ください）

ご記入いただきありがとうございました。