

精神科を初診される患者様へ

氏名：_____ 男・女（ ）歳

記載者：_____ 続柄_____

(診察時の参考にさせていただきます。)

ご記入できない、されたくないところがありましたら、あけていただいても問題ありません。)

①今、困られていること、相談されたいことをお書きください：

②ご家族についてお聞きします：

ご本人 学校名：_____ 学年：_____ 性格：_____

特別支援学級の利用 なし・あり

療育手帳の有無 なし・あり (区分 _____)

同居の有無

父親 (才) 職業：_____ 性格：_____

あり・なし

かかられたことのあるご病気：_____

母親 (才) 職業：_____ 性格：_____

あり・なし

かかられたことのあるご病気：_____

父方祖父 (才) 同居あり・なし・死亡

父方祖母 (才) 同居あり・なし・死亡

母方祖父 (才) 同居あり・なし・死亡

母方祖母 (才) 同居あり・なし・死亡

兄弟姉妹 _____ 性格・同居の有無 _____

性格・同居の有無 _____

1: 男・女 (才) _____ あり・なし

4: 男・女 (才) _____ あり・なし

2: 男・女 (才) _____ あり・なし

5: 男・女 (才) _____ あり・なし

3: 男・女 (才) _____ あり・なし

6: 男・女 (才) _____ あり・なし

日ごろ主に保育をする方 (_____)

裏面にもご記入下さい。

③妊娠中について

妊娠中の異常 なし・あり

その内容 ()

④出生時について

在胎____週____日 出生体重_____g

自然分娩（吸引分娩あり・なし）、帝王切開

仮死 なし・あり 哺乳の異常 なし・あり

重度の黄疸 なし・あり（治療： ）

その他の出生の異常 ()

⑤発達について

首すわり () ヶ月・寝返り () ヶ月・おすわり () ヶ月

はいはい () ヶ月・歩き始め () ヶ月

始語 () ヶ月 ・二語文 () ヶ月

⑥今までかかれたことのある病気などについてご記入ください

けいれん あり・なし

⑦日常生活能力についてお書きください：

食事 介助・半介助・自力

洗面 介助・半介助・自力

排泄 おむつが必要・不必要 介助・半介助・自力

着替え 介助・半介助・自力

着られる はい・いいえ 脱げる はい・いいえ ボタン可能 はい・いいえ

入浴 介助・半介助・自力

(介助：できない、半介助：手伝えばできる、自立：自分でできる)

⑦その他、質問等何かございましたらご記入ください：