

【森田療法外来（不登校・ひきこもり） 初診問診票】

慈恵医大第三病院

記入日 _____年____月____日

ご家族の方がご記入ください。

受診者氏名：() (男・女) 生年月日 _____年____月____日

保護者氏名：()

1、不登校・ひきこもりの期間を教えてください。

1 度目： _____年____月～ _____年____月 (所属：)

2 度目： _____年____月～ _____年____月 (所属：)

3 度目： _____年____月～ _____年____月 (所属：)

1、ご家族の立場として困っていることはどのようなことですか？

2、ご家族からみて、本人が困っていると思われる症状、状況はどのようなことですか？

3、過去に相談された医療機関・支援機関、診断名、期間についてご記入ください

病院・支援機関名	期間	診断名・相談内容
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

4、生い立ちについて次の質問にお答えください。

4-1) 出生の状況に関して

・ 出生地 () ・ 在胎週数 () ・ 出生児の体重 () g

・出産時になんらかの問題があった方は具体的にご記入ください。

()

4-2) 出生後、定期検診等で発達の遅れを指摘されたことはありましたか？

はい ・ いいえ

“はい”と答えた方は、指摘された年齢と内容をご記入ください。

身体発達の遅れ (_____ 歳)

言葉の遅れ (_____ 歳)

社会性の遅れ (_____ 歳)

情緒面の遅れ (_____ 歳)

4-3) お子さんの性格を教えてください。

内向的 (なにごとにも過剰に反省する傾向がある) 心配症 (細部にこだわり、尾を引く)

人の言葉に敏感 体調の変化に敏感 受動的 (消極的、新しいことが苦手)

完全主義 負けず嫌い プライドが高い

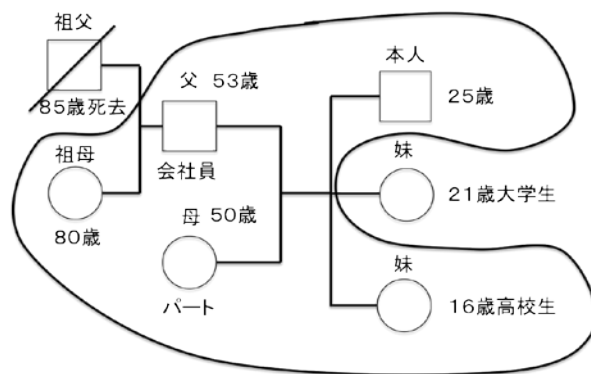
健康でありたい気持ちが強い 自分や周囲に対し求めるものが多い

穏やか 怒りっぽい 責任感が強い 他人に気を遣いすぎる 飽きっぽい

自由記入欄 ()

5、同居の家族構成を教えてください (同居の家族を線で囲ってください)

例: 父、母、本人、次女、祖母の5人暮らし



6、血縁のご家族、ご親族に精神科、心療内科の病気のある方はいますか？

ご関係 () 病名・状態など ()

ご関係 () 病名・状態など ()

おつかれさまでした。診察までしばしお待ちください。

【不登校・ひきこもり専門外来 初診問診票】

慈恵医大第三病院

記入日 _____年____月____日

ご本人がご記入ください。

ご本人が記入できない場合はご家族がご記入ください。

受診者氏名：(_____) (男・女) 生年月日 _____年____月____日

1、どなたの希望で受診されましたか？

自分 ・ 家族 ・ どちらとも言えない

2、相談したいこと、困っていることをどのようなことですか？

下記で困っていることがありましたらマルをつけて、具体的にご記入ください。

体調 _____

学校 _____

家庭 _____

勉強 _____

人付き合い _____

その他 _____

3、就学歴についてお聞きします。該当するところにご記入してください。

幼稚園（園名： _____）

小学校（学校名： _____）

中学校（学校名： _____）

高等学校（学校名： _____ 卒・中退）

専門学校・大学（学校名： _____ 卒・中退）

4、お仕事（アルバイトを含む）をしたことがありますか？

ある ・ ない

“ある”とお答えした方にお聞きします。どのようなお仕事ですか？

職種： _____ 期間： _____ 年 _____ ヶ月間

職種： _____ 期間： _____ 年 _____ ヶ月間

5、いつから学校や職場に行くことが難しくなりましたか？

6、現在ある症状について、当てはまるものにチェックしてください。

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> よく眠れない | <input type="checkbox"/> 昼夜逆転している | <input type="checkbox"/> 朝起きられない |
| <input type="checkbox"/> 意欲が出ない | <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む | <input type="checkbox"/> 疲れやすい |
| <input type="checkbox"/> 何事にも不安 | <input type="checkbox"/> 胸がドキドキする | <input type="checkbox"/> 息苦しくなる |
| <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない | <input type="checkbox"/> 集中力がない | <input type="checkbox"/> テレビの内容が頭に入らない |
| <input type="checkbox"/> 好きなことをしても楽しくない | | <input type="checkbox"/> 世の中のことに興味がなくなった |
| <input type="checkbox"/> よく涙が出る | <input type="checkbox"/> 死にたい気持ち | <input type="checkbox"/> 自傷行為 |
| <input type="checkbox"/> イライラする | <input type="checkbox"/> 気持ちが焦る | <input type="checkbox"/> 怒りやすい |
| <input type="checkbox"/> 親とけんかになる | <input type="checkbox"/> 親のせいで人生がダメになった | <input type="checkbox"/> 暴力を振るってしまう |
| <input type="checkbox"/> 周囲の人が自分の悪口を言っている | | <input type="checkbox"/> 嫌がらせをされている |
| <input type="checkbox"/> 見張られている | <input type="checkbox"/> 周囲の雰囲気の不気味である | <input type="checkbox"/> 音に敏感 |
| <input type="checkbox"/> 同じことを何度も繰り返してしまう | | <input type="checkbox"/> 確認癖がある |
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 食欲の亢進 | <input type="checkbox"/> 自ら吐くことがある |
| <input type="checkbox"/> アルコールに頼る | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 吐気 |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 腹痛・下痢・便秘 | <input type="checkbox"/> 月経前に体調、気分が悪化する |

7、過去6ヶ月間についてお聞きします。1ヶ月間の平均外出日数を教えてください。

_____日くらい

8、過去6ヶ月間についてお聞きします。家族以外と会話をすることはありましたか？

ある ・ ない

“ある”とお答えした方にお聞きします。相手の方はどのような人ですか？

(_____)

9、ご自身の性格について当てはまるものにチェックしてください。

- 内向的（なにごとにも過剰に反省する傾向がある） 心配症（細部にこだわり、尾を引く）
人の言葉に敏感 体調の変化に敏感 受動的（消極的、新しいことが苦手）
完全主義 負けず嫌い プライドが高い 健康でありたい気持ち強い
自分や周囲に対し求めるものが多い
穏やか 短気 責任感が強い 他人に気を遣いすぎる 飽きっぽい

10、趣味や好きなことについて当てはまるものがありましたらチェックしてください。

- スポーツ（ ） 音楽（ ）
テレビゲーム（ ） アニメ（ ）
読書（ ） ものづくり（ ）
勉強（ ）

自由記載欄（ _____ ）

11、勉強についてお聞きします。それぞれマルをつけてください。

- ・国語（得意・普通・苦手） ・英語（得意・普通・苦手） ・算数・数学（得意・普通・苦手）
・理科（得意・普通・苦手） ・社会（得意・普通・苦手）

12、これまでにかかられたご病気がありましたら教えてください。

_____ 歳（病名： ）

_____ 歳（病名： ）

- ・糖尿病（ ある ・ ない ） ・緑内障（ ある ・ ない ）

13、現在内服中のお薬を教えてください。

14、薬や食べ物によるアレルギー、薬の副作用等がありましたら教えてください。

15、診察でお聞きになりたいことや、診察のご希望があればご記入ください。

おつかれさまでした。外来受診時のご持参ください。