

【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

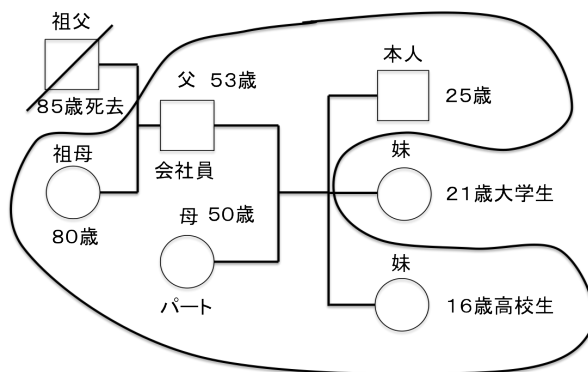
健康でありたい気持ちが強い  自分や周囲に対し求めるものが多い

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。外来受診時にご持参ください。

【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？

( \_\_\_\_\_ )

