

* 診察、診療を行うために大切な事柄です。

個人情報 は適切に管理しておりますので安心してご記入ください。

記入日 年 月 日

ご本人がご記入ください。答えられる範囲でかまいません。

ご本人が記入できない場合は、家族の方がご記入ください。

フリガナ		性別	測定日	年	月	頃	
			身長・体重	c m		k g	
氏名		☐ 女	生年月日 (西暦)	年	月	日	歳
		☐ 男					

1 ご自身の性格について当てはまると思うものを選んでください。(複数選択可)

- ☐ 明朗 ☐ 陰うつ ☐ 社交的 ☐ 引っ込み思案 ☐ 神経質 ☐ 大雑把
- ☐ 孤立的 ☐ 連带的 ☐ 真面目 ☐ 不真面目 ☐ 完璧主義 ☐ 適当
- ☐ 自己中心的 ☐ 責任感が強い ☐ 頑張りや ☐ 怠け者 ☐ 負けず嫌い ☐ 諦めやすい
- ☐ 普通 ☐ 奇抜 ☐ 短気 ☐ 温和 ☐ おとなしい ☐ にぎやか
- ☐ 頑固 ☐ 柔軟 ☐ 几帳面 ☐ ずぼら
- ☐ その他 ()

2 女性の方へ

初潮 (歳) 最終生理 (月 日 ~ 日間)

生理痛 ☐ ない ☐ ある

生理不順 ☐ ない ☐ ある

生理前気分変動 ☐ ない ☐ ある

3 どなたの希望で受診されましたか？

☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他（ ）

4 相談したいこと、困っていることを教えてください。

5 4で回答した内容は、新型コロナウイルス感染症の流行と関係がありますか？

「はい」の場合、具体的に教えてください。

6 現在の症状について当てはまるものにチェックしてください。

- ☐ ゲーム・スマホをやめられない
- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| ☐ よく眠れない | ☐ 朝起きられない | ☐ 昼夜逆転 |
| ☐ 意欲が出ない | ☐ 疲れやすい | ☐ 好きなことをしても楽しくない |
| ☐ 気分が落ち込む | ☐ よく涙が出る | ☐ 世の中のことに興味がなくなった |
| ☐ 考えが進まない | ☐ 集中力がない | ☐ テレビの内容が頭に入らない |
| ☐ 自傷行為 | ☐ 死にたい気持ち | ☐ 自殺企図 |
| ☐ イライラしやすい | ☐ 焦りが強い | ☐ 不安が強い |
| ☐ 胸がドキドキする | ☐ 息が苦しくなる | ☐ 頭痛 |
| ☐ めまい | ☐ 吐き気 | ☐ 腹痛・下痢・便秘 |
| ☐ 確認する癖がある | ☐ 同じ行動を繰り返してしまう | |
| ☐ 親とけんかになる | ☐ 暴力を振るってしまう | |
| ☐ 食欲の低下 | ☐ 食欲の亢進 | ☐ 自ら吐くことがある |
| ☐ 音に敏感 | ☐ 見張られている気がする | ☐ 周囲の人に悪口を言われる |

7 趣味や好きなことについて当てはまるものにチェックして具体的に教えてください。

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| ☐ スポーツ | (|) |
| ☐ 音楽 | (|) |
| ☐ ゲーム | (|) |
| ☐ アニメ | (|) |
| ☐ SNS | (|) |
| ☐ 読書 | (|) |
| ☐ アート | (|) |
| ☐ ものづくり | (|) |
| ☐ 勉強 | (|) |
| ☐ その他 | (|) |

8 勉強についてお聞きます。

- | | | | |
|-----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ・国語 | ☐ 得意 | ☐ 普通 | ☐ 苦手 |
| ・数学 | ☐ 得意 | ☐ 普通 | ☐ 苦手 |
| ・英語 | ☐ 得意 | ☐ 普通 | ☐ 苦手 |
| ・社会 | ☐ 得意 | ☐ 普通 | ☐ 苦手 |
| ・理科 | ☐ 得意 | ☐ 普通 | ☐ 苦手 |

9 診療に際して、希望や質問があれば教えてください。

10 スマホの使い方について以下の問いにお答えください。

	まったく違う	違う	どちらかというと違う	どちらかというとその通り	その通り	まったくその通り
1. スマホ使用のため、予定していた仕事や勉強ができない	1	2	3	4	5	6
2. スマホ使用のため、(クラスで)課題に取り組むことや、仕事、勉強に集中できない	1	2	3	4	5	6
3. スマホを使っていると、手首や首の後ろに痛みを感じる	1	2	3	4	5	6
4. スマホがないと我慢できなくなると思う	1	2	3	4	5	6
5. スマホを手にしていないと、イライラしたり、怒りっぽくなったりする	1	2	3	4	5	6
6. スマホを使っていないときでも、スマホのことを考えている	1	2	3	4	5	6
7. スマホが毎日の生活にひどく悪影響を及ぼしていても、スマホを使い続けると思う	1	2	3	4	5	6
8. XやFacebookでほかの人とのやり取りを見逃さないため、 スマホをたえずチェックしている	1	2	3	4	5	6
9. (使う前に)意図していたよりもスマホを長時間使ってしまう	1	2	3	4	5	6
10. まわりの人が自分に対してスマホを使い過ぎていると言う	1	2	3	4	5	6

11 この1年間の、インターネットゲームに関することについてお答えください。

	はい	いいえ
1. ゲームができる時のことばかり考えていた時期がありましたか？	A	B
2. もっとプレイしたくて、不満を感じたことがありますか？	A	B
3. ゲームができないときに、みじめな気持ちになったことがありますか？	A	B
4. ゲームの時間を減らすように他の人から繰り返し言われたのに、 ゲームの時間を減らすことができませんでしたか？	A	B
5. いやなことについて考えなくて良いように、ゲームをしましたか？	A	B
6. あなたがゲームをすることでどうなるか、他の人と口論したことがありますか？	A	B
7. ゲームに費やした時間を他の人に隠したことがありますか？	A	B
8. やりたいことがゲームだけになったせいで、趣味など他の活動への関心を なくしたことがありますか？	A	B
9. ゲームが原因で、家族や友人、パートナーと深く衝突したことがありますか？	A	B

※ 「ゲーム」はインターネットに接続可能なコンピューターゲームとし、それをオフラインで使用する場合も含めてください。

- 12 この1年以内の体験に基づいて、以下の各項目にどの程度あてはまるかを教えてください。
 質問をよく読み、自分自身の体験を最もよく言い表している箇所に○をつけてください。
 4、5、6にあてはまる場合は、それがどの程度続いていますか。
 その期間をA、B、Cから選んで○をつけてください。

	どちらかというあてはまらない						どちらかというあてはまる						ひと月以上			
	まったくあてはまらない	ほとんどあてはまらない	どちらかというあてはまらない	どちらかというあてはまる	かなりあてはまる	とてもあてはまる	ひと月以内	ひと月から1年	1年以上							
1.	説明できないような奇妙で普通ではない物事が自分の周りで起きていると感じることがある						0	1	2	3	4	5	6	A	B	C
2.	将来を予見することができると感じている						0	1	2	3	4	5	6	A	B	C
3.	自分の考えや感情、行動に干渉する、または、支配するようなものの存在を感じる						0	1	2	3	4	5	6	A	B	C
4.	迷信を信じて普段とは全く違う行動をとった経験がある						0	1	2	3	4	5	6	A	B	C
5.	経験したり感じたりすることが現実なのか、空想や夢の一部なのかわからなくなって混乱することがある						0	1	2	3	4	5	6	A	B	C
6.	他人が自分のこころを読み取ったり、自分が他人の心を読み取ったりすることは起こりえると思う						0	1	2	3	4	5	6	A	B	C
7.	誰かが自分に危害をくわえることをたくらんでいる、または実際に危害を加えられると感じることがある						0	1	2	3	4	5	6	A	B	C
8.	自分には持って生まれた以上に特殊な才能や超自然的な能力があると信じている						0	1	2	3	4	5	6	A	B	C
9.	自分の心にいたずらされているように感じる						0	1	2	3	4	5	6	A	B	C
10.	近くに誰もいないのに誰かの発する微かな、または明らかな音を聞いたり誰かがぶつぶつ言ったり喋っていたりするのを聞いたことがある						0	1	2	3	4	5	6	A	B	C
11.	自分の考えを声に出して言われたように感じる						0	1	2	3	4	5	6	A	B	C

13 この1週間の、あなたのからだや心の状態についてお聞きします。

もっともあてはまるものを選んで○をつけてください。

- A 全くない、または、あっても1日も続かない
- B 週のうち1～2日くらいある
- C 週のうち3～4日くらいある
- D 週のうち5日以上ある

	ない	1～2日	3～4日	5日以上
1. 普段は何でもないことがわずらわしい	A	B	C	D
2. 食べたくない、食欲が落ちた	A	B	C	D
3. 家族や友達からはげましてもらっても、気分が晴れない	A	B	C	D
4. 他の人と同じ程度には、能力があると思う	A	B	C	D
5. 物事に集中できない	A	B	C	D
6. ゆうつだ	A	B	C	D
7. 何をするのも面倒だ	A	B	C	D
8. これから先のことについて積極的に考えることができる	A	B	C	D
9. 過去のことについてくよくよ考える	A	B	C	D
10. 何か恐ろしい気持ちがある	A	B	C	D
11. なかなか眠れない	A	B	C	D
12. 生活について不満なく過ごせる	A	B	C	D
13. 普段より口数が少ない、口が重い	A	B	C	D
14. 一人ぼっちでさびしい	A	B	C	D
15. 皆がよそよそしいと思う	A	B	C	D
16. 毎日が楽しい	A	B	C	D
17. 急に泣き出すことがある	A	B	C	D
18. 悲しいと感じる	A	B	C	D
19. 皆が自分を嫌っていると感じる	A	B	C	D
20. 勉強が手につかない	A	B	C	D

外来問診票【家族用】

* 診察、診療を行うために大切な事柄です。
個人情報 は適切に管理しておりますので安心してご記入ください。

当院は診療情報を取得し活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

- 医療情報取得加算 (初診時) 1点
○医療情報取得加算 (再診時) 1点 (3ヶ月に1回)

ご家族がご記入ください。答えられる範囲で結構です。

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日 (西暦)	
お子さま 氏名		☐ 女 ☐ 男		年 月 日 歳
フリガナ		続柄	連絡先	日中連絡がとれる電話番号
ご家族 氏名			本人 :	家族() :
住所	〒			

マイナ保険証をご利用の方へ 診療情報の提供に同意されますか？	☐ 同意しない	☐ 同意する
-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

1 現在、通院中の医療機関はありますか。 はい ・ いいえ

医療機関名 :

受診日 :

治療内容 :

2 現在、処方されているお薬はありますか。 はい ・ いいえ

※ マイナ保険証による情報取得に同意される場合、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、この項目は省略可能です。

薬剤名 : 用量 : 期間 : 日分

薬剤名 : 用量 : 期間 : 日分

薬剤名 : 用量 : 期間 : 日分

3 当院をどこでお知りになりましたか。

☐ インターネット ☐ 知人の紹介 ()

☐ 家族の紹介 () ☐ その他 ()

4 今回のお子さまの相談内容について教えてください。

- ・ いつから保育園、幼稚園に通いましたか？ (歳 ヶ月から) 園名：
- ・ 親から離れるとき、泣きましたか？ はい ・ いいえ
- ・ 集団行動はできましたか？ はい ・ いいえ
- ・ 友達と仲良く遊べましたか？ はい ・ いいえ

10 小学校での様子について教えてください。

- ・ 学校名 (小学校) 公立 ・ 私立
- ・ いじめ なし ・ あり
- ・ 不登校 なし ・ あり
- ・ 成績 上 ・ 中 ・ 下 (得意な教科 :)
(不得意な教科 :)
- ・ 習い事 なし ・ あり ()

11 中学校での様子について教えてください。

- ・ 学校名 (中学校) 公立 ・ 私立
- ・ いじめ なし ・ あり
- ・ 不登校 なし ・ あり
- ・ 成績 上 ・ 中 ・ 下 (得意な教科 :)
(不得意な教科 :)
- ・ クラブ活動 なし ・ あり ()

12 高等学校での様子について教えてください。

- ・ 学校名 (高校) 公立 ・ 私立
- ・ いじめ なし ・ あり
- ・ 不登校 なし ・ あり
- ・ 成績 上 ・ 中 ・ 下 (得意な教科 :)
(不得意な教科 :)
- ・ クラブ活動 なし ・ あり ()

13 転居や転校はありましたか。 はい ・ いいえ

※ それはいつ頃ですか? ()

14 これまでにかかったことのある病気について教えてください。

- ・ ひきつけ なし ・ あり (歳)
- ・ 入院や手術を必要とする病気やケガをしたことがありますか? はい ・ いいえ
病名 :
治療内容 :
その時期 :
病院名 :

15 アレルギーはありますか。 なし ・ あり ()

16 感染症はありますか。 ・ なし
・ わからない
・ あり ☐ HIV ☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎
☐ その他 ()

17 嗜好品等について教えてください。

- ・ ご本人はお酒を飲んでいますか? なし ・ あり ()
- ・ ご本人はタバコを吸っていますか? なし ・ あり (本/日)
- ・ ご本人は危険ドラッグを使ったことがありますか? なし ・ あり ()

18 ご家族について教えてください。

	お名前	年齢	出身地	高校名	大学名など	職業
父		歳				
母		歳				
兄弟姉妹		歳				
		歳				
		歳				
祖父母		歳				
		歳				
		歳				
		歳				

- ・ 家庭内の雰囲気はどうか？ ふつう ・ 静か ・ にぎやか ・ 冷たい ・ 暖かい ・ 複雑
- ・ 家族間で子育てに関する意見の違ひはありますか？ なし ・ あり
- ・ 家族で信仰はありますか？ なし ・ あり ()

19 血族の方でこれまでにかったことのある病気について教えてください。

* かつこ内に血族の方の「続柄」をご記入ください。

- ☐ 脳卒中 () ☐ 高血圧 () ☐ 心疾患 ()
☐ 糖尿病 () ☐ 痛風 () ☐ がん ()
☐ 肝臓病 () ☐ 精神疾患 ()

20 ゲームやスマホの使用について教えてください。

- ・ お子様がゲームで一番使用する端末はどれですか？
☐ スマートフォン ☐ タブレット(iPadなど) ☐ パソコン
☐ 据え置きゲーム機(PS-5など) ☐ ポータブルゲーム機(PSP、Switchなど)
☐ その他 ()
- ・ お子様は1日あたりどのくらいの時間をゲームやスマホに費やしますか？
 平日 : 1日平均 時間
 休日 : 1日平均 時間
- ・ お子様のゲームやスマホの使用についてお困りのことはありますか？
- ・ 家庭において、ゲームやスマホの使用に関するルールはありますか？
☐ なし
☐ 食事中は使用しない ☐ 時間を守る ☐ アプリのダウンロードをしない
☐ 課金をしない ☐ その他 ()
- ・ そのルールはお子様と話し合って決めましたか？ はい ・ いいえ
- ・ お子様がルールを守ったときは褒めていますか？ はい ・ いいえ
- ・ お子様がルールを守らなかったときの約束を設けていますか？ はい ・ いいえ

20 つづき

- ・ 家族のゲームやスマホに関する考え方について教えてください。
 - ・ 家族間でゲームやスマホの使用に関する意見は一致していますか？ はい ・ いいえ
 - ・ 家族はゲームに興味や関心を持っていますか？ はい ・ いいえ
 - ・ 家族と一緒にゲームで遊ぶことはありますか？ はい ・ いいえ
 - ・ お子様が遊んでいるゲームをご存知ですか？ はい ・ いいえ
- ・ 家族はインターネットのフィルタリング機能を知っていますか？ はい ・ いいえ

21 分子栄養療法について。

- ・ 分子栄養療法を希望しますか？ はい ・ いいえ

※ 不調の原因には栄養不足が潜んでいることがあります。まず、問診情報と血液検査データから栄養状態を解析します。その結果をもとに必要に応じて食事の変更などを提案し、不足している栄養の補充を図ります。3～6ヶ月で効果判定を行う、科学的な治療法です。

※ 希望される方には、栄養に関する問診票がございます。