

メンタルクリニックダダ・ダダ第2クリニック問診票

この問診票は、診察の基礎となるものです。正確にはっきりと書いてください。

空欄に記入、当てはまる項目を○で囲んでください。

_____年_____月_____日記入 記入者名：_____ 続柄（_____）

ご住所：_____ 電話番号_____

携帯番号_____

お子さんのお名前：_____ 男・女

生年月日：_____年_____月_____日 満_____歳 学校名_____ 学年_____年

現在もっとも困っていることは何ですか？

それはいつ頃から気付いていましたか？

ご家族のことについてうかがいます。

父（_____歳） 現状：健康・病気・別離（いつ頃：_____）・死亡（いつ頃：_____）

出身地（_____） 最終学歴（_____） 成績（上・中・下）

幼少期の多動傾向（ある・なし） 職業（_____）

性格（_____）

母（_____歳） 現状：健康・病気・別離（いつ頃：_____）・死亡（いつ頃：_____）

出身地（_____） 最終学歴（_____） 成績（上・中・下）

幼少期の多動傾向（ある・なし） 職業（_____）

性格（_____）

父方祖父（_____歳） 現状：健康・病気・死亡

母方祖父（_____歳） 現状：健康・病気・死亡

祖母（_____歳） 現状：健康・病気・死亡

祖母（_____歳） 現状：健康・病気・死亡

兄弟姉妹 *本人を含めて記入をお願いします。

年齢 性格・その他

年齢 性格・その他

1：男・女（_____歳）（_____）

4：男・女（_____歳）（_____）

2：男・女（_____歳）（_____）

5：男・女（_____歳）（_____）

3：男・女（_____歳）（_____）

6：男・女（_____歳）（_____）

※ご家族に複雑な事情がお有りの方は診察の時にうかがいます。（ある・ない）

家族・親戚（おじ、おば、従兄弟くらい）に下記の病気の方はいらっしゃいますか。

精神遅滞（ない・ある）

自閉症（ない・ある）

言葉の遅れ（ない・ある）

てんかん（ない・ある）

脳性麻痺（ない・ある）

先天性盲（ない・ある）

精神疾患（ない・ある）

神経疾患（ない・ある）

先天性疾患（ない・ある）

反社会人（ない・ある）

妊娠中の異常はありましたか。

たんぱく尿 (ない・ある) (_____ ヶ月頃) 切迫流産 (ない・ある) (_____ ヶ月頃)
 むくみ (ない・ある) (_____ ヶ月頃) 切迫早産 (ない・ある) (_____ ヶ月頃)
 高血圧 (ない・ある) (_____ ヶ月頃) (その他内容)
 その他 (ない・ある) (_____ ヶ月頃) →
 ひどいつわり (ない・ある) (_____ ヶ月～ _____ ヶ月) つわりの治療方法 (_____)

出産のときのおうかがいします。

出産時の体重: _____ g 在胎 _____ 週 仮死 (ない・ある) (程度 _____)
 保育器の使用 (ない・ある) (期間 _____) 哺乳の異常 (ない・ある)
 重症の黄疸 (ない・ある) (治療方法 _____)
 その他出産時の異常 (ない・ある) (内容: _____)

発達についておうかがいします。

0歳までの発達: 首のすわり _____ ヶ月 おすわり _____ ヶ月 はいはい _____ ヶ月
 歩きはじめ _____ ヶ月 かたこと _____ ヶ月 (内容 _____)
 0歳の病気 (内容 _____)

1歳になる前(0歳)のお子さんについて当てはまるものに○をつけて下さい。

1: 人のいる方向に顔を向けなかった	はい	いいえ
2: 母を視線で追わなかった	はい	いいえ
3: 母の顔を見ても笑顔を見せなかった	はい	いいえ
4: 人みしりをしなかった	はい	いいえ
5: 人みしりがはげしかった	はい	いいえ
6: あやしても喜ばなかった	はい	いいえ
7: 音がしても知らないふりをしていた	はい	いいえ
8: おとなしく手がかからなかった	はい	いいえ
9: 他人の介入を嫌がり一人の時間が機嫌が良かった	はい	いいえ
10: 抱きにくく、抱かれにくい子だった	はい	いいえ
11: オツムテンテン(まね)などをしなかった	はい	いいえ
12: おもちゃへの興味が少なかった	はい	いいえ
13: 睡眠が不規則だった	はい	いいえ
14: かんの強い子だった	はい	いいえ
15: 喃語が少なかった (例えば「まママ」「だだだ」等の赤ちゃんことば)	はい	いいえ

3ヶ月検診 (問題を指摘されなかった・指摘された)
 (指摘された内容: _____)

1歳6ヶ月検診 (問題を指摘されなかった・指摘された)
 (指摘された内容: _____)

3歳検診 (問題を指摘されなかった・指摘された)
 (指摘された内容: _____)

幼児期の対人関係についておうかがいします。

- 親から平気で離れた (ない・ある) (時期: _____ 歳頃) 頻回な迷子 (ない・ある)
 目が合わなかった (ない・ある) (時期: _____ 歳頃) 呼名を無視 (ない・ある)
 言葉のおくれ (ない・ある) (時期: _____ 歳頃) オウム返し (ない・ある)
 奇妙な動作・しぐさ (ない・ある) (時期: _____ 歳頃) (どんな? _____)
 ※例えば、つまさき歩き、こまの様に回る、体を揺する、手をかざしてみる等
 こだわりやすい傾向 (ない・ある) (時期: _____ 歳頃) (どんな? _____)
 ※例えば、道順、物の位置、数字・記号・マーク、特定の動作や手順の儀式等)
 興味の限局 (ない・ある) (時期: _____ 歳頃) (どんな? _____)
 多動傾向 (ない・ある) (どんな? _____)

今までにかかったことのある病気についておうかがいします。

1. _____ 歳 (_____) 3. _____ 歳 (_____)
 2. _____ 歳 (_____) 4. _____ 歳 (_____)
 ひきつけ (ない・ある) (いつ頃: _____ 頃) 頭部外傷 (ない・ある) (いつ頃: _____ 頃)

身体のことについておうかがいします。

- 利き手 (右利き・左利き) 利き手矯正 (しなかった・した)
 初潮 未・_____ 歳 月経 規則正しい・不規則

転居・転校についておうかがいします。(場所・転校の有無・年齢を記載してください)

1. 場所 (_____) 転校先 (_____) 年齢 (____) 歳
 2. 場所 (_____) 転校先 (_____) 年齢 (____) 歳
 3. 場所 (_____) 転校先 (_____) 年齢 (____) 歳
 4. 場所 (_____) 転校先 (_____) 年齢 (____) 歳

今まで他の医療機関や相談機関に相談されたことはありますか? (ない・ある)

いつ	医療機関名・施設名	どのような指導や治療を受けましたか

集団生活を送るなかで、学習以外の問題がありましたか？（例えば一人遊び等）

- 幼稚園 (ない・ある) (どんなこと _____)
- 小学校1・2年 (ない・ある) (どんなこと _____)
- 小学校3・4年 (ない・ある) (どんなこと _____)
- 小学校5・6年 (ない・ある) (どんなこと _____)
- 中学校 (ない・ある) (どんなこと _____)

学習や勉強の問題についておうかがいします。（できるだけ詳しく書いて下さい）

- 書字の問題 (ある・ない)
(どんな? _____)
- 読字の問題 (ある・ない)
(どんな? _____)
- (どの程度の読み書きが可能ですか? _____)
- 計算の問題 (ある・ない)
(どんな? _____)
- (どの程度の計算が可能ですか? _____)

- 極端な不器用 (ある・ない)
(どんな? _____)
- 会話の問題 (ある・ない)
(どんな? _____)
- 視力の問題 (ある・ない)
(どんな? _____)
- 聴力の問題 (ある・ない)
(どんな? _____)
- その他の問題 (ある・ない)
(どんな? _____)

現在の学習の成績と評価についておうかがいします。

科目	成績表の評価	テストの平均点数
国語		
算数・数学		
社会		
理科		
美術		
体育		
音楽		
技術・家庭		
英語		
その他 ()		

学習の問題がある場合、何歳頃から問題が目立ちはじめましたか？

(_____ 歳頃) (気付かれたきっかけ: _____)

ご本人についておうかがいします。

ご本人の性格：

自分からみて

(_____)

ご両親からみて

(_____)

ご本人の長所：

自分からみて

(_____)

ご両親からみて

(_____)

ご本人の短所：

自分からみて

(_____)

ご両親からみて

(_____)

得意なこと、又は特技：

(_____)

趣味

(_____)

個人情報の取り扱いに関する確認

当院では、お預かりした個人情報について、個人情報保護方針（プライバシーポリシー）に則り、適正かつ安全に管理・運用することに努めます。つきましては、次ページ「医療法人社団至空会 個人情報保護方針（プライバシーポリシー）」をご確認の上、ご署名をお願い致します。

※個人情報保護方針は、当院ホームページでも公表しております。

私は、医療法人社団至空会個人情報保護方針を確認し、個人情報取り扱い事項について同意します。

令和 年 月 日

保護者署名 _____（続柄： _____）

質問は以上です。ありがとうございました。

医療法人社団至空会 個人情報保護方針(プライバシーポリシー)

医療法人社団至空会 メンタルクリニック・ダダ
ダダ第2クリニック

当院は信頼の医療に向けて、患者さんに良い医療を受けていただけるよう日々努力を重ねております。「患者さんの個人情報」につきましても適切に保護し管理することが非常に重要であると考えております。そのために当院では、以下の個人情報保護方針を定め確実な履行に努めます。

1. 個人情報の収集について

当院が患者さんの個人情報を収集する場合、診療・看護および患者さんの医療にかかわる範囲で行います。

その他の目的に個人情報を利用する場合は利用目的を、あらかじめお知らせし、ご了解を得た上で実施いたします。ウェブサイトで個人情報を必要とする場合も同様にいたします。

2. 個人情報の利用および提供について

当院は、患者さんの個人情報の利用につきましては以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて使用いたしません。

- 患者さんの了解を得た場合
- 法令等により提供を要求された場合
- 個人を識別あるいは特定できない状態に加工(※1)して利用する場合(学会発表等)

当院は、法令の定める場合等を除き、患者さんの許可なく、その情報を第3者(※2)に提供いたしません。

3. 個人情報の適正管理について

当院は、患者さんの個人情報について、正確かつ最新の状態に保ち、患者さんの個人情報の漏えい、紛失、破壊、改ざん又は患者さんの個人情報への不正なアクセスを防止することに努めます。

4. 個人情報の確認・修正等について

当院は、患者さんの個人情報について患者さんが開示を求められた場合には、遅滞なく内容を確認し、当院の「患者情報の提供等に関する指針」に従って対応いたします。また、内容が事実でない等の理由で訂正を求められた場合も、調査し適切に対応いたします。

5. 問い合わせの窓口

当院の個人情報保護方針に関してのご質問や患者さんの個人情報のお問い合わせは下記の窓口でお受けいたします。

窓口「個人情報保護相談窓口」法人本部 電話番号:053-545-7337

6. 法令の遵守と個人情報保護の仕組みの改善

当院は、個人情報の保護に関する日本の法令、その他の規範を遵守するとともに、上記の各項目の見直しを適宜行い、個人情報保護の仕組みの継続的な改善を図ります。

※(1)単に個人の名前などの情報のみを消し去ることで匿名化するのではなく、あらゆる方法をもってしても情報主体を特定できない状態にされていること。

※(2)第3者とは、情報主体および受領者(事業者)以外をいい、本来の利用目的に該当しない、または情報主体によりその個人情報の利用の同意を得られていない団体または個人をさす。

※ この方針は、患者さんのみならず、当院の職員および当院と関係のあるすべての個人情報についても上記と同様に取扱います。