

# ダダ・ダダ第2クリニック問診表（成人用 \*20歳以上）（1）

この問診表は診察の基礎となります。

正確な記入をお願い致します。 記載者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（      ）

（ふりがな）

患者氏名 \_\_\_\_\_ : 男・女

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

生年月日：昭和・平成      年      月      日生      満      歳

●-----●  
現在もっとも困ることは何ですか？

[ ]

最初に調子が悪くなったのはいつ頃ですか？

[ ]

その時は何かきっかけがありましたか？

[ ]

今回のことで、これまでに病院、診療所にかかったことがあれば記入して下さい。

年 月	病院・診療所（クリニック）・施設名	どう言われましたか？（病名等）

◎何かの過敏症はありますか？ ⇒ 【はい・いいえ】

【はい】の場合、何に対してその症状が出ますか。

⇒くすり・食べ物・その他(\_\_\_\_\_)

【くすり】と答えた方におたずねします。

くすりの名前か、どんな時にそのくすりを飲んだのかお書きください。

⇒(薬品名\_\_\_\_\_ )または(どんな時\_\_\_\_\_ )

◎タバコは吸いますか？ ⇒ 【はい・いいえ】

【はい】の場合、本数はどれくらいですか？ (\_\_\_\_\_ 本/1日)

◎お酒は飲みますか？ ⇒ 【はい・いいえ】

【はい】の場合、どれくらいの頻度ですか？ ( 毎日 ・ 週1,2回 ・ 月1,2回 ・ 年に数回程度 )

◎普段服用しているお薬はありますか？ ⇒ 【はい・いいえ】

【はい】の場合、どんな薬ですか？ (\_\_\_\_\_)

◎今までにかかったことのある病気：現在治療中のものには番号に○を付けてください。

i (\_\_\_\_\_ 才頃)：病名(\_\_\_\_\_)

ii (\_\_\_\_\_ 才頃)：病名(\_\_\_\_\_)

iii (\_\_\_\_\_ 才頃)：病名(\_\_\_\_\_)

iv (\_\_\_\_\_ 才頃)：病名(\_\_\_\_\_)

v (\_\_\_\_\_ 才頃)：病名(\_\_\_\_\_)

◎この医院はどのようにお知りになりましたか。

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

◎女性の方のみにお聞きします。

初潮 (\_\_\_\_\_ 歳)

月経 ( 規則的 ・ 不規則 )

閉経 (\_\_\_\_\_ 歳)

※次のページもご記入をお願いします。⇒

## ダダ・ダダ第2クリニック問診表（成人用）（2）

【家族歴についておうかがいします。】（空欄に記入し、あてはまるところに☑をしてください）

### (1) あなたのご両親についてお聞きします。

父 満\_\_歳（\_\_年生まれ） 出身地：\_\_\_\_ 最終学歴：\_\_\_\_ 成績：□上・□中・□下  
健康・病気（時期と病名：\_\_\_\_） 同居・別居（時期と理由：\_\_\_\_）  
離婚（時期と理由：\_\_\_\_） 死別（時期と理由：\_\_\_\_）  
 職業：\_\_\_\_ 性格：\_\_\_\_

母 満\_\_歳（\_\_年生まれ） 出身地：\_\_\_\_ 最終学歴：\_\_\_\_ 成績：□上・□中・□下  
健康・病気（時期と病名：\_\_\_\_） 同居・別居（時期と理由：\_\_\_\_）  
離婚（時期と理由：\_\_\_\_） 死別（時期と理由：\_\_\_\_）  
 職業：\_\_\_\_ 性格：\_\_\_\_

### (2) あなたのごきょうだいについてお聞きします。

あなたを含めて、ごきょうだい全員について記入してください。あなたご自身については、分かるように、「性格その他特記事項」に「本人」とご記入ください。亡くなられた方も記入してください。

	性別	生年月日	年齢	性格その他特記事項
第1子	男・女	年 月 日	満 歳	
第2子	男・女	年 月 日	満 歳	
第3子	男・女	年 月 日	満 歳	
第4子	男・女	年 月 日	満 歳	
第5子	男・女	年 月 日	満 歳	

### (3) あなたの祖父母についてお聞きします。

父方祖父 満\_\_歳（\_\_年生まれ） 同居・別居 出身地：\_\_\_\_ 職業：\_\_\_\_  
健康・病気（時期と病名：\_\_\_\_） ・死亡（時期と理由\_\_\_\_）  
 性格：\_\_\_\_

父方祖母 満\_\_歳（\_\_年生まれ） 同居・別居 出身地：\_\_\_\_ 職業：\_\_\_\_  
健康・病気（時期と病名：\_\_\_\_） ・死亡（時期と理由\_\_\_\_）  
 性格：\_\_\_\_

母方祖父 満\_\_歳（\_\_年生まれ） 同居・別居 出身地：\_\_\_\_ 職業：\_\_\_\_  
健康・病気（時期と病名：\_\_\_\_） ・死亡（時期と理由\_\_\_\_）  
 性格：\_\_\_\_

母方祖母 満\_\_歳（\_\_年生まれ） 同居・別居 出身地：\_\_\_\_ 職業：\_\_\_\_  
健康・病気（時期と病名：\_\_\_\_） ・死亡（時期と理由\_\_\_\_）  
 性格：\_\_\_\_

(4) あなたの配偶者やお子さんについてお聞きします。＊該当しない場合は空欄のままにしてください。

配偶者について記入してください。

満 歳 ( 年生まれ) 出身地: 最終学歴: 成績: □上・□中・□下  
□健康・□病気(時期と病名: ) □同居・□別居(時期と理由: )  
□離婚(時期と理由: ) □死別(時期と理由: )  
職業: 性格:

お子さんについて記入してください。亡くなられた方も記入してください。

	性別	生年月日	年齢	性格その他特記事項
第1子	男・女	年 月 日	満 歳	
第2子	男・女	年 月 日	満 歳	
第3子	男・女	年 月 日	満 歳	
第4子	男・女	年 月 日	満 歳	
第5子	男・女	年 月 日	満 歳	

ご家族・親戚(おじ・おば・いとこくらい)に下記の病気の方がいらっしゃいますか。

知的障害	□有 □無	どなた?	発達障害 (自閉症・ADHD等)	□有 □無	どなた?
言葉の遅れ	□有 □無	どなた?	てんかん	□有 □無	どなた?
精神疾患	□有 □無	どなた?	先天性・ 遺伝性疾患	□有 □無	どなた?
脳性麻痺	□有 □無	どなた?	神経疾患	□有 □無	どなた?
視覚障害	□有 □無	どなた?	聴覚障害	□有 □無	どなた?
アルコール・ 薬物の問題	□有 □無	どなた?	非行・反社会 的行動歴	□有 □無	どなた?

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: □有・□無

(6) 現在のあなた自身についてお聞きします。

ご自身の性格:

自分からみて ( )

ご家族からみて ( )

ご本人の長所:

自分からみて ( )

ご家族からみて ( )

ご本人の短所:

自分からみて ( )

ご家族からみて ( )

得意なこと、または特技:

( )

好きなこと、趣味

( )

最終学歴 ( )

現在のご職業 仕事内容 ( ) 役職 ( )

いつから今の職場で働いていますか? ( 歳から)

質問は以上です。ご記入ありがとうございました。

最後に以下「法人におけるプライバシーポリシー」をご確認の上、ご同意頂ける場合はサインをお願いいたします。

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 ひだまりのみち さんぽみち だんだん  
理事長 大嶋 正浩

## 法人におけるプライバシーポリシー

皆さまへ 平素より当法人の医療・福祉サービスに対し、深いご理解とご信頼をお寄せいただき、厚く御礼申し上げます。

私たちは、幼児期から成人期、そして老年期に至るまで、医療と福祉の両面から「その人らしい生活」を支え続けることを大切にしております。また、単に療育や治療を提供するだけでなく、「人と一緒に楽しく」をモットーとしております。訓練をすることは対局にある療育で、お子さんと親御さんがともに楽しく遊べることを大事にしています。しかしながら、このような考えで療育を行っているところは多くはありません。そこで、当法人では、多くの支援者に、適切な療育とは何かを考えてもらう機会を持っていきたいと考えています。当法人の療育を、専門家による学会、研修会、学習会で多く紹介していきたいと考えています。

集団生活の場において、全ての利用者様が心身ともに安全に過ごし、質の高い支援を受けていただくためには、ご家庭と事業所が共通の認識を持つことが不可欠です。つきましては、「日々の生活における細やかな配慮事項」および「専門性を高めるための情報の取り扱い」について、以下に詳細をまとめさせていただきます。

少し長文となりますが、これらは全て、利用者様の尊厳を守り、事故やトラブルを未然に防ぐための大切な指針でございます。内容をご一読いただき、私たちの運営方針にご賛同いただける場合は、末尾の署名欄にご記入をお願い申し上げます。

### 第1章 お互いが心地よく過ごすためのマナー

年齢や障害の有無に関わらず、ここに関わる全ての方が安心して活動できるよう、思いやりのある環境づくりにご協力ください。

1. 互いに尊重し合う関係づくり：赤ちゃんから高齢の方まで、様々な方が利用されています。
  - ・心地よい空間のために：大きな声や強い言葉、威圧的な態度は、他の方を不安にさせてしまうことがあります。お互いが「譲り合い」と「温かい言葉遣い」を心がけ、安心できる空間を一緒に作りましょう。
  - ・マナーの遵守：敷地内での喫煙や飲酒など、他の方の迷惑となる行為はお控えください。
2. 所持品の管理・健康状態の確認
  - ・持ち物について：類似した衣類やタオルの取り違えを防ぐため、可能な限り記名をお願いいたします。また、高価な金銭・貴重品等の管理は、トラブル防止のためご自身（ご家族）の責任においてお願いいたします。
  - ・体調の共有：発熱時等は無理をせず、ご自身の回復を優先してください。また、気分の変化など「いつもと違う」様子があれば、遠慮なくスタッフへお伝えください。

### 第2章 支援の質の向上と学術研鑽への貢献

私たちは、現在の利用者様への支援だけでなく、「未来の医療・福祉の水準を高めること」も、専門機関としての社会的責務であると考えています。

1. 専門職の育成（研修・スーパービジョン）  
より質の高い支援技術を維持・向上させるため、事業所内での活動記録（映像・写真・記録文）を、職員研修や外部専門家による事例検討会で使用する場合がございます。
2. 学術研究・学会発表への協力  
当法人での実践事例や支援の成果を、医学・福祉系の学会や専門誌等で発表させていただく場合がございます。これは、有効な支援手法を社会共有財産として広めるための活動です。
  - ・プライバシー保護の徹底（匿名化）：
    - ・発表等の際には、個人が特定できないような加工（氏名の仮名化、地域の特定・職業の秘匿等）を施します。
    - ・成人の利用者様においては、就労状況や社会的な立ち位置にも十分に配慮し、個人の特定につながる要素を排除いたします。
    - ・情報の活用（学会発表、研究論文、研修資料等）にあたっては、個人の権利利益を保護するため、以下の措置を講じることで特定の個人が識別できない状態を確保します。
    - ・匿名化されたデータであっても、その取扱いは研究・研修の目的範囲内に限定します。不要となったデータは、速やかに廃棄します。

### 第3章 医療・福祉の包括的連携と個人情報保護

当法人は、医療機関と福祉事業所が一体となり、「多角的な視点」で利用者様を支えるチームケアを実践しています。

1. 法人内での情報共有（切れ目のない支援）  
利用者様の健康状態や特性を正確に把握するため、当法人が運営する医療機関と事業所の間で、必要な診療情報や支援記録を共有させていただきます。
  - ・共有の目的：
    - ・医師が日頃の活動の様子を把握することで、よりの確な診断や処方調整が可能になります。
    - ・緊急時の対応において、既往歴やアレルギー情報を即座に参照し、迅速な救命処置につなげます。
    - ・ご家族様が、同じ病歴や状況を複数の窓口で繰り返し説明するご負担を軽減します。
2. 地域関係機関との連携

連携をする場合には保護者様の了承を得た上で、園、学校、就労先等の関係機関とも連携し、地域全体で一貫したサポート体制を構築します。

### 第4章 活動記録

事業所の活動やお知らせを発信する際の写真・動画の使用については、利用者様のプライバシー保護を最優先とし、以下の同意欄で許可いただいた範囲内でのみ使用いたします。

#### 【同意・署名欄】

私は、上記の「第1条（安全環境）から第4条（活動記録）」までの運営方針を読み、その内容が利用者（私、または家族）の利益と安全を守るためのものであることを理解し、同意します。

1. 本同意書の各条項に従い、個人情報を取り扱うこと。
2. 本同意書の署名日より前に貴法人が取得し、現在保有している私の個人情報（氏名、年齢、住所、発達検査の結果、生育歴、写真・動画等）についても、本同意書に定める利用目的（研修・学会発表・連携等）の範囲内で利用すること。

署名日： 令和 年 月 日

【利用者ご本人】 氏名： \_\_\_\_\_

【保護者様・代理人様】（※未成年者の場合、または成年後見人等の場合）氏名： \_\_\_\_\_