

思春期外来 問診票

ふりがな		性 別	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日 (歳)
名 前		男 女		
住 所	〒 -			
学校名 学 年				
記入者 氏 名		続 柄	連絡先 TEL : TEL :	

①今、一番困っていることを具体的に書いてください。

②いつごろから症状（問題）が始まりましたか。

年 月 日 (歳) 頃から

③何かきっかけとなること（原因と考えること）はありますか。あれば具体的にご記入下さい。

④これまで、医療機関などで精神科的な治療を受けたことはありますか。あれば、施設名や治療期間なども書いてください。

※裏面もご記入ください。

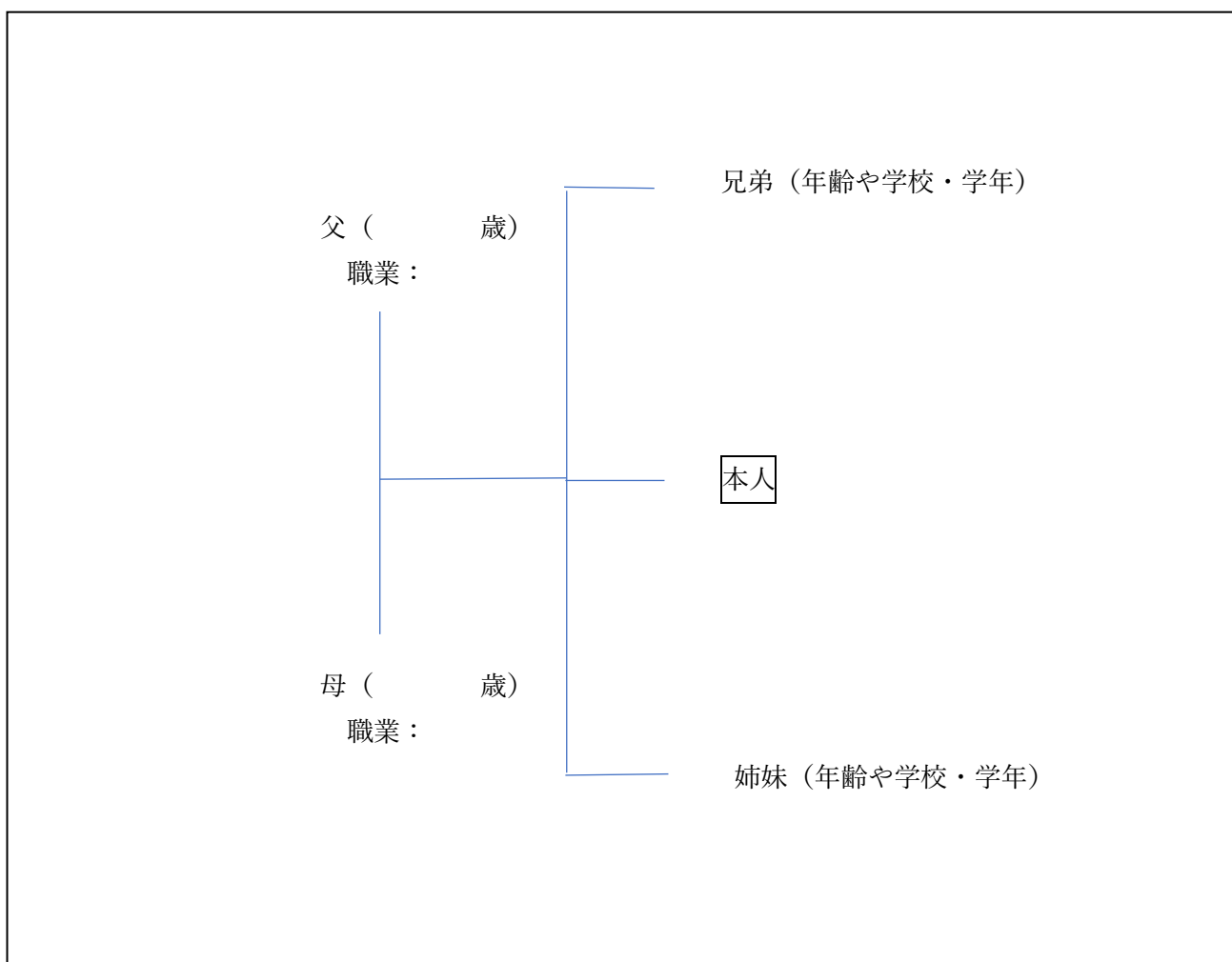
⑤ 身長 cm 体重 kg 初潮 歳

⑥ これまでに、身体の病気で治療を受けたことがあれば「疾患名」を、アレルギー体質があれば具体的に書いてください。

疾患名 ()
アレルギー ()

⑦ 家族について、下の図に記してください。

- ・亡くなっている場合は、(△ 歳)と記入
- ・兄弟と姉妹は、年齢順に記してください。



⑧ ご家族（親族を含む）で、精神科疾患に罹っている方はいますか。できれば具体的にご記入下さい。

※質問は以上です。ありがとうございました。