

発達障がい外来 問診票

ふりがな		性別	生	昭和・平成・令和		
名 前			年	年	月	日
		男	月			
		女	日		(歳)
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生育歴について

時 期		周産期・学業成績・対人関係・不登校・いじめ・ その他気になるエピソード等
育ちのエピソード	周産期・幼少期	
	小学校	
	中学校	
	高校 (高校)	
	大学・専門学校 など (大学) (専門学校)	

⑦職歴について

時期	仕事の内容
歳～ 歳頃	
歳～ 歳頃	
歳～ 歳頃	
歳～ 歳頃	
歳～ 歳頃	

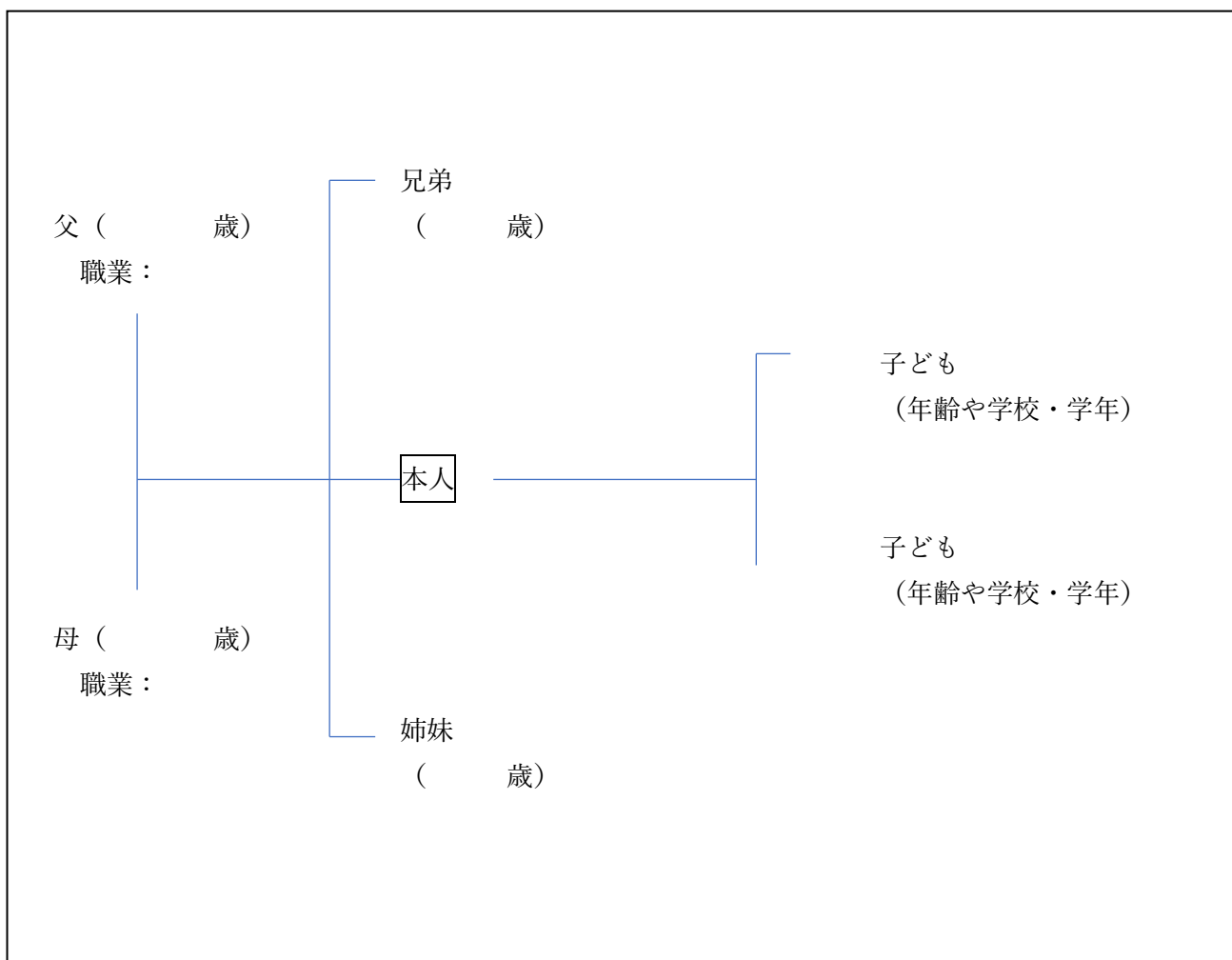
⑧ 身長 cm 体重 kg 初潮 歳

⑨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 ()

⑨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。



⑩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。