

<思春期外来問診票>

名前：

家族構成：

| 続柄 | 年齢 | 健康状態 | その他 |
|----|----|------|-----|
| 父 | 歳 | | |
| 母 | 歳 | | |
| | 歳 | | |
| | 歳 | | |
| | 歳 | | |

●今日どのような症状で受診されましたか？

[]

●現在のお子さんの生活状況について

①登校はできていますか？

できている 休みがち 遅刻・早退が多い 全く行けていない

②友人関係はうまくいっていますか？

[]

③担任の先生とはうまくいっていますか？

[]

④その他学校生活で困っていることはありますか？（成績、部活など）

[]

⑤就寝時間（ : ）、起床時間（ : ）

⑥夜間携帯電話を使用していますか？

よくしている ときどきしている していない

⑦食事は1日3回しっかりとれていますか？

はい いいえ

⑧家族で話をする時間はありますか？

ある あまりない ほとんどない

⑨その他ご家庭での様子で気になることはありますか？

[]

●これまでのお子さんの様子について

①発達の遅れを指摘されたことはありますか？

[]

②今回の症状に関して他院で相談したり、カウンセリングを受けたことはありますか？

ある ない