

## 受診前記入用紙

受診される方についてご記入ください。  
以下のチェックがついている用紙が入っています。

- 表紙（この用紙です）
- 受診までの流れ（この用紙の裏面です）
- 基本1 …………… 1ページ
- 基本2 …………… 2ページ
- 基本3 …………… 3ページ
- 小学校 …………… 4ページ
- 中学校 …………… 5ページ
- 高等学校 …………… 6ページ
- 大学生 …………… 7ページ
- 現在の様子…………… 8ページ
- 学校関係 …………… 9ページ

※ご記入いただいた個人情報の取り扱いについては細心の注意を払っております。

※病状によっては当院でおうけできない場合もございますので、ご了承ください。

※ 日程のご都合が悪くなった場合やキャンセルは必ず早めにご連絡をお願い致します。

ご不明な点がありましたらクリニックまでご連絡下さい。

なかなみメンタルクリニック

〒800 - 0207

北九州市小倉南区沼緑町5丁目1-15 神ビル3F

TEL:093 - 471 - 5533 FAX:093 - 471 - 3115





**出生から幼児期までの様子**

出生時の母の年齢（ ）歳 父（ ）歳

**妊娠中にタバコは**

吸わなかった    妊娠が分かってやめた    妊娠中も吸っていた  
 妊娠までは1日（ ）本    1日（ ）本

**妊娠中に飲酒は**

飲まなかった    妊娠が分かってやめた    妊娠中も飲んでいて  
 (毎日 ・ 週 ・ 日程度 ・ 機会があるときのみ)

**妊娠中に医師から何か指摘されましたか**    はい    いいえ

妊娠中毒症    切迫早産    入院治療した    通院で治療した  
その他（ ）

出生時 妊娠 週 出生体重 g

普通分娩    帝王切開    その他（ ）

**出産時に何か問題がありましたか**    はい    いいえ

チアノーゼ    逆子    仮死状態    その他（ ）

**首の座りや「ハイハイ」が遅いことはありましたか**    はい    いいえ**言葉の遅れはありましたか**    はい    いいえ**1歳半健診で何か指摘されたことはありますか**    はい    いいえ

「はい」の場合、医療機関を受診しましたか    はい    いいえ

医療機関名：

**3歳児健診で何か指摘されたことはありますか**    はい    いいえ

「はい」の場合、医療機関を受診しましたか    はい    いいえ

医療機関名：

**保育園・幼稚園等に行っていますか**    はい    いいえ

園名：

○何歳から何年間行っていますか    ( )歳 年少 年中 年長    ( )年間

○園ではお友だちと遊ぶことができますか    はい    いいえ

○園に行くのを嫌がることはありますか    ない    時々あった    よくあった

○園の先生から何か指摘されたことがありますか    はい    いいえ

内容：

**当時、気になる行動などありましたか、あれば具体的にお書きください。**

**小学校での様子**

- 入学した小学校 立 小学校
- 卒業した小学校 立 小学校
- 小学校時代に転校したことはありますか はい いいえ  
「はい」の場合、それはいつ頃ですか 年生 学期
- 友人関係はいかがでしたか 良好 普通 不良
- お友だちと遊ぶことができましたか はい いいえ
- 遊びの内容はどんなものでしたか 外遊び 室内でゲーム等 その他
- 担任の先生との関係はいかがでしたか 良好 普通 不良
- いじめを経験したことはありますか はい いいえ  
「はい」の場合、それはいつ頃ですか 年生 学期
- 不登校を経験したことはありますか はい いいえ  
「はい」の場合、それはいつ頃ですか 年生 学期  
 原因 友人関係のトラブル 学習面の困難さ その他( )
- 成績はいかがでしたか 良好 普通 不良  
 得意な科目 ( ) ( ) ( )  
 苦手な科目 ( ) ( ) ( )
- 好きな遊びや得意なこと
- 学習塾に行っていましたか はい いいえ  
 塾名： 週に ( ) 回 曜日 ( )
- 習い事をしていましたか はい いいえ  
 種類： 週に ( ) 回 曜日 ( )  
 種類： 週に ( ) 回 曜日 ( )

**当時、特に気になった行動などありましたか、あれば具体的にお書きください。**

**中学校での様子**

入学した中学校 立 中学校  
 卒業した中学校 立 中学校

○中学校時代に転校したことはありますか はい いいえ  
「はい」の場合、それはいつ頃ですか 年 学期

○友人関係はいかがですか 良好 普通 不良

○担任の先生との関係はいかがですか 良好 普通 不良

○いじめを経験したことはありますか はい いいえ  
「はい」の場合、それはいつ頃ですか 学年 学期

○不登校を経験したことはありますか はい いいえ  
「はい」の場合、それはいつ頃ですか 学年 学期  
原因 友人関係のトラブル 学習面の困難さ その他( )

○成績はいかがですか 良好 普通 不良  
 得意な科目 ( ) ( ) ( )  
 苦手な科目 ( ) ( ) ( )

○クラブ活動はしていますか はい いいえ  
部

○生徒会活動はしていますか はい いいえ

○学習塾に行っていますか はい いいえ  
 塾名： 週に ( ) 回 曜日 ( )

○習い事を行っていますか はい いいえ  
 種類： 週に ( ) 回 曜日 ( )

○趣味

○得意なこと

**当時、特に気になった行動などありましたか、あれば具体的にお書きください。**

**高校での様子**

入学した高校 立 高等学校

卒業しましたか はい いいえ (中途退学)

○友人関係はいかがですか 良好 普通 不良

○担任の先生との関係はいかがですか 良好 普通 不良

○いじめを経験したことはありますか はい いいえ

「はい」の場合、それはいつ頃ですか 学年 学期

○不登校を経験したことはありますか はい いいえ

「はい」の場合、それはいつ頃ですか 学年 学期

原因 友人関係のトラブル 学習面の困難さ その他( )

○成績はいかがですか 良好 普通 不良

○クラブ活動はしていますか はい いいえ

○学習塾に行っていますか はい いいえ

**当時、特に気になった行動などありましたか、あれば具体的にお書きください。**

○卒業後 (退学後も含む) は

在宅 家事手伝い 就職

※進学の方はページ7へ

**高校卒業後就職の方**

○職歴について

平成 年 ( 歳) 会社名 :

仕事内容 :

平成 年 ( 歳) 会社名 :

仕事内容 :

現在 会社名 :

仕事内容 :

## 大学での様子

入学した大学  立

卒業しましたか  はい  いいえ (中途退学)

○友人関係はいかがですか  良好  普通  不良

○先生との関係はいかがですか  良好  普通  不良

○いじめを経験したことはありますか  はい  いいえ  
 「はい」の場合、それはいつ頃ですか  学年  学期

○不登校を経験したことはありますか  はい  いいえ  
 「はい」の場合、それはいつ頃ですか  学年  学期

原因  友人関係のトラブル  学習面の困難さ  その他(  )

○成績はいかがですか  良好  普通  不良

○サークル活動はしていますか  はい  いいえ

## 大学卒業以降

○大学卒業後の学歴

平成 年 月 ( 歳)  入学・中退・卒業

平成 年 月 ( 歳)  入学・中退・卒業

○卒業後(退学後も含む)は

在宅  家事手伝い  就職  予備校  専門学校  大学

## 職歴

平成 年 ( 歳) 会社名:

仕事内容:

平成 年 ( 歳) 会社名:

仕事内容:

現在 会社名:

仕事内容:



**嗜好品について**

- お酒は飲みますか            いいえ   はい (毎日・週\_\_\_\_日程度・機会がある時のみ)
- タバコは吸いますか        いいえ   はい (1日\_\_\_\_本)
- コーヒーは飲みますか      いいえ   はい (1日\_\_\_\_杯)
- 紅茶・日本茶は飲みますか いいえ   はい (1日\_\_\_\_杯)

**以下の病気と診断されたことがありますか**

いいえ   はい (以下の項目に○して下さい)

・緑内障    ・前立腺肥大    ・けいれん    ・甲状腺疾患    ・高血圧    ・糖尿病    ・脳卒中

※ 現在、上記以外の病気で通院中ですか   いいえ   はい

(病名) \_\_\_\_\_ (病院名) \_\_\_\_\_

**次のような症状はありますか**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 不眠 (眠れなくて苦しい)       | <input type="checkbox"/> 食欲がない、もしくはありすぎる         |
| <input type="checkbox"/> 体重が急激に減った、もしくは増えた   | <input type="checkbox"/> 頭が働かない、決断ができない          |
| <input type="checkbox"/> 死にたい、消えたい気持ちがある     | <input type="checkbox"/> 不安が強い (常に悪いことえをを考えてしまう) |
| <input type="checkbox"/> 疲労感 (休んでも疲れがとれない)   | <input type="checkbox"/> 吐き気、めまい、頭痛、肩こりなど        |
| <input type="checkbox"/> 便秘、もしくは下痢が続く        | <input type="checkbox"/> 胸が苦しい、動悸がする、手足が震えるなど    |
| <input type="checkbox"/> 月経不順や激しい月経痛がある      |  |
| <input type="checkbox"/> その他気になる症状 ( _____ ) |  |

○身長 :        cm        ○体重 :        kg

○視力 :   正常    ・   近視    ・   眼鏡使用    ・   コンタクトレンズ使用    ・   斜視 (有・無)

○利き手 :   右    ・   左

**女性の場合のみお答えください**

妊娠中ですか   いいえ   はい

授乳中ですか   いいえ   はい

現在お子様が通っている学校についてお答えください

○学校名

私立 国立 県立 市立 町立

学年 組 その学年の学級数

○担任の先生のお名前

○保健室の先生のお名前

○関わりのある先生のお名前

○関わりのある先生のお名前

○スクールカウンセラーの先生のお名前

○学校にはクリニックを受診することを伝えていますか。 いいえ はい

○学校の先生から何か指摘されていることがありますか いいえ はい  
(具体的に)