親と子の心の相談　問　　診　　票（小学生以上）

記入日　平成　　年　　月　　日

名前：　　生年月日：Ｓ Ｈ　　年　　月　　日（　　歳）男・女	
記入者	母・父・その他
学校名：　　担任名：	
ご相談されたいこと（内容・いつから）	
当院を受診した動機（　　）に紹介された・その他（　　）	

この問題について、他の相談機関や病院などでご相談されたことがあればご記入ください。

ご相談されていた時期	機関名（相談所・病院等）	担当
平成　　年　　月～平成　　年　　月		先生
平成　　年　　月～平成　　年　　月		先生
平成　　年　　月～平成　　年　　月		先生

【ご家族のこと】父母、兄弟・姉妹、同居されている方、および、これまでにご本人と一緒に生活されたことのある方、また、その他にご本人と関わりの深い方をご記入ください（亡くなられた方も含む）

続柄	氏　　名	同・別	年齢	生 年 月 日	職　業	健康	備　考
				・　　・			

【ご本人のこと】持病や、これまでに大きな病気やケガをされたことがあれば、傷病名や時期をご記入ください。

本日受診されることを、子どもさんにどの様に説明されていますか？

子どもさんの現在の状況を、保護者はどの様に考えておられますか？またどの様な事を望んでおられますか？