

記入日 年 月 日

こどもの心の相談・発達相談 問診票（両親用）

子どもの名前： 男・女 生年月日 年 月 日

保育園・幼稚園・学校名：

学年： 年 組・担任名：

1) 今日相談したい事は何でしょうか？具体的にお書き下さい。  
（いつ頃から、どのような症状があった・・・等）

2) これまでこの悩みの事でどこかに相談に行ったり、治療を受けたことがありますか？  
ない ある：小児科・精神科・学校・相談所・その他（ ）

3) 今までに何か大きな病気をした事がありますか？また健診で何か指摘された事がありますか？（言葉の遅れ等）

4) 子どもさんはどんな性格のお子さんですか？

5) 当院を受診した動機や目的を教えてください。

（ ）に紹介された・その他（ ）

6) 家族構成についてご記入ください。（現在同居しているご家族）

父親（ 歳）：職業（ ） 母親（ 歳）：職業（ ）

兄弟（ 歳）：（兄・姉・弟・妹） （ 歳）：（兄・姉・弟・妹）

（ 歳）：（兄・姉・弟・妹） （ 歳）：（兄・姉・弟・妹）

（ 歳）：（続柄 ） （ 歳）：（続柄 ）

7) 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？

8) 子どもさんの現在の状況を、ご両親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？