

## パームこどもクリニック心理相談を受けられる方へ

相談をスムーズに行なうためにご記入の上ご来院をお願いします。書きにくいところ、分からないところは空白で結構です。

記入日 年 月 日

お子さんのお名前 (ふりがな： )

生年月日 年 月 日 記入者： 父 母 その他 ( )

在籍学校 (幼稚園・保育所) 名 学年

住所 〒

電話 (自宅) (携帯)

■ご相談なされたいことはどのようなことですか

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

■これまでに心理相談を受けられたことはありますか

ない・ある ( 年 月頃 )

( 年 月頃 )

■家族構成

名 前	続柄	性別	生年月日	年齢	健 康	職 業	最終学歴	同居の別
					良 不良			同居・別居
					良 不良			同居・別居
					良 不良			同居・別居
					良 不良			同居・別居
					良 不良			同居・別居
					良 不良			同居・別居
					良 不良			同居・別居

\*同居していないがお子さんによく関わっておられる方がいらっしゃいましたらご記入ください。

・これまでにパームこどもクリニック以外の小児科、神経科、心療内科、精神科などで何らかの診断を受けられたことがありますか？

ない・ある (いつ 歳頃) (どこで 病院)

(診断名 )と診断を受けた。

その際治療はうけましたか 受けなかった・受けた・受けている

// 検査は // 受けなかった・受けた

(検査名： )

// 療育は // 受けなかった・受けた・受けている

●小学生以上のお子さんについてあてはまるものに○をつけてください。

1. ( ) 1日のうち、長時間、気分が沈んでいる。
2. ( ) 何に対しても興味ももてず、好きなことも楽しめなくなった。
3. ( ) 食欲がない。
4. ( ) 寝付けない、夜中や早朝に目が覚める。
5. ( ) つらい、悲しい、いらいら、などが多い。
6. ( ) 疲れを感じる。やる気がでなくなった。
7. ( ) 自分はだめだと思う、自分が悪いと感じる。
8. ( ) 勉強に集中できない。頭が回転しない。
9. ( ) 人に会いたくない。人と話をしたくない。
10. ( ) この世から消えてしまいたいと思う。