

# 問診票（子ども用）

年 月 日

お名前

生年月日

年 月 日

学校名

小学校

年生

1. いま、一番こまっているのはどんなことですか？

2. こまっていることをおはなしできる人はいますか？

家族：お母さん お父さん おばあちゃん おじいちゃん その他：（ ）

家族以外：（ ）

3. いっしょにすんでいる人に○をつけてください。

お母さん お父さん おばあちゃん おじいちゃん

お兄ちゃん お姉ちゃん おとうと いもうと

4. 夜はねむれますか？ ねる時間：（ ）時

5. 朝はおきられますか？ おきる時間：（ ）時

6. 朝ごはんは家族いっしょにたべますか？ はい いいえ わからない

7. 家族はなかよしですか？ はい いいえ わからない

8. 学校は好きですか？ はい いいえ わからない

9. 学校におともだちはいますか？ はい いいえ わからない

10. いじめたり、いじめられたりしたことがありますか？ はい いいえ わからない

11. 自分はやせている、または太っていると思いますか？ はい いいえ わからない

12. 自分が男であること（女であること）がいやですか？ はい いいえ わからない

13. 自分で自分をきずつけたことがありますか？ はい いいえ わからない

14. だれかにたたかれたり、きずつけられたり、いやなのにさわられたりしたことがありますか？

はい いいえ わからない

15. からだのことで心配なことがありますか？

はい いいえ わからない



# 問診票（保護者用）

年 月 日

記入者

母 ・ 父 ・ その他（ ）

1. どのようなことで相談したいですか？

2. お子さんは今まで大きい病気をしたことはありますか？

はい（ ） ・ いいえ

3. お子さんは乳幼児健診で異常を指摘されたことはありますか？

はい（ ） ・ いいえ

4. お子さんの睡眠時間は十分ですか？

はい      いいえ      わからない

5. お子さんは健康的な食事をとっていますか？

はい      いいえ      わからない

6. お子さんはお菓子、ジュースなどをよくとりますか？

はい      いいえ      わからない

7. お子さんは外遊びや運動をしていますか？

はい      いいえ      わからない

8. 親子関係は良好ですか？

はい      いいえ      わからない

9. お子さんは家族の一員としてうまくやっていますか？

はい      いいえ      わからない

10. お子さんに手を挙げることがありますか？

はい      いいえ      わからない

11. お子さんの友人関係で気になることはありますか？

はい（ ） ・ いいえ

12. お子さんの行動や感情面で心配なことはありますか？

はい（ ） ・ いいえ

13. お子さんのインターネット利用やゲーム使用について何かルールを設けていますか？

はい（ ） ・ いいえ

14. お子さんの健康や身体のことについて心配なことはありますか？

はい（ ） ・ いいえ

