

問診票（子ども用）

年 月 日

お名前

生年月日

年 月 日

学校名

中学校

年生

1. 今、一番困っているのはどんなことですか？

2. 悩みを話せる人はいますか？

家族：母 父 祖母 祖父 その他：（ ）

家族以外：（ ）

3. 一緒に住んでいる人に○をつけてください。

母 父 祖母 祖父 兄（ ）歳 弟（ ）歳 姉（ ）歳 妹（ ）歳

4. 夜は眠れていますか？ 寝る時間：（ ）時

5. 朝は起きられますか？ 起きる時間：（ ）時

6. 自宅では家族と一緒に食事することが多いですか？

はい いいえ わからない

7. 家族は仲が良いですか？

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. 学校に友人はいますか？

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. 自分の性別に違和感がありますか？

はい いいえ わからない

13. 自分で自分を傷つけたことがありますか？

はい いいえ わからない

14. 誰かに暴力をふるわれたり、自分の意思に反して体を触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. 身体のことでの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はありますか？

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

