

大人の発達障害外来 問診票

診察の際に参考にさせていただきます。あらかじめご記入いただくと円滑な診療が可能となります。内容は医療サービスのためにのみ利用します。プライバシーは厳守いたします。

本人のお名前 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者のお名前 _____ 続柄 _____

* 今回の受診の目的を教えてください

診断のみ (診断を受け) 治療 その他

* 上記の質問で「(診断を受け) 治療」と「その他」と回答された方に質問です。

具体的に、希望(期待)することを具体的に教えてください

* 発達障害を疑われたのはどのような理由ですか？

* このことに対して、これまで他の施設で相談されたことはありますか？もしあれば、詳しくお書きください

就学状況

小学校

中学校

高校 (中退・卒業・大検/高認)

大学 学部 (_____ 年・中退・卒業)

専門学校

現在の勤務先 _____

就労状況（いくつかの場所にアルバイトや就労されていたら、就労順に就労先、就労期間、職務内容、離職理由をお書きください）

- 1
- 2
- 3

これまで就労してきた中で、日常生活/仕事面/他者（家族、友人、同僚や上司等）との交流場面で困ったこと（うまくいかなかったこと）があれば、教えてください。

ご家族のこと

続柄	年齢	仕事または学校	同居・別居
父			
母			

ご家族/ご親戚に発達障害、知的障害の診断を受けている方はいますか

いない

いる（どなたが どのような診断を）

（ ）

現在、定期的に通院している医療機関はありますか？ ある ない

通院期間	医療機関名	症状（診断名）	服用している薬

過去、通院していた精神科病院または精神科（心療内科）クリニックはありますか？ありますか？

ある ない

通院期間	医療機関名	症状（診断名）	服用している薬

以上です。ありがとうございました。