

仙南中央病院外来について

◆ 児童外来

<対象>

・小学生以上18歳未満の方（小中高校生）

<新患>

・予約制になります。なお、一般外来の時間帯と入れ替わる場合もあります。

児童外来（小・中・高）	対 象	受付時間	診療時間
第1・第3月曜日（ 予約制 ）	新患・再来	午後1：30～ 3：30	午後2：00～ 4：00
毎週金曜日（ 予約制 ）	新患・再来	午後1：30～ 3：30	午後2：00～ 4：00
毎週土曜日（ 完全予約制 ）	再来のみ	午前9：00～11：30	午前9：30～12：00

<再来>

院長外来に受診して頂きます。

原則、受診日は院長が指示した日に来て頂きます。

<注意事項>

※1精神疾患以外の疾患については、それぞれ、専門診療科で診て頂くようお願いします。

※2院長のみ、診療可能です。

※3救急対応は致しかねます。

※4必ず、保護者同伴で受診してください。

※5服薬管理は保護者が行ってください。・・・※1～5について同意書を記入して頂きます。

※6非行（家庭内暴力、窃盗等）については、行政の保健師、警察に介入して頂く必要があります。

必要時は、行政保健師、警察同行により受診されるようお話しします。

保護者一人での対応にならないよう、複数の職種で支援にあたります。

◆ 一般外来（精神科外来）

<対象>

・18歳以上の方

<新患>

・第1・3月曜日、火曜日～金曜日、予約制になります。

<その他>

- ① アルコール依存症、薬物依存症の方専用の治療プログラムが当院にはありません。
- ② てんかんの方には、てんかん専門病院等で診て頂くよう話しています。
- ③ 認知症の脳画像検査（CT、MRI）は当院でできないため、みやぎ県中核病院を紹介するようになります。
- ④ 各種免許取得時の診断書のうち、麻薬中毒ではない診断書の作成はしていません。
- ⑤ 外来受診時に、本人の意思に反して連れてこないように話しています。措置入院できる病院ではありません。自傷他害の恐れがある場合は、行政、警察に相談されるように説明しています。

2025.1.1

問診票

記入日 年 月 日

ご記入いただいた個人情報は診察目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。
 質問には差しつかえのない範囲でお答えいただき、回答が難しい場合は空欄のままで結構です。

学校名() 学年(年生)

フリガナ		<input type="checkbox"/>	フリガナ		続柄
お子様の 名前		男	保護者の 名前		
生年月日	年 月 日	歳	女	生年月日	年 月 日 歳

1. どなたから当院の受診をすすめられましたか？

2. お子様のご相談内容について簡単にお書き下さい

3. これまでどのように対処されてきましたか？どこかに相談や受診などをしたことがあればご記入下さい
 また、検査等を受けたことがある場合はその結果もご記入下さい

4. 眠れていますか？

はい いいえ (いいうえの場合、あてはまるものすべてに☑をつけてください)

寝つきが悪い 夜中目が覚める 眠りが浅い 早く目が覚める

平均睡眠時間⇒ 約 () 時間 【就寝： () 時頃 起床： () 時頃】

5. 食欲はありますか？

はい いいえ 食欲はないが食事は取れている 食欲がありすぎる

6. 妊娠・出産から1～2歳頃までの様子について

① 出産は妊娠 (週) 出産時体重 (g)

普通分娩 吸引分娩 帝王切開

妊娠・出産時に何かトラブルはありましたか？ はい いいえ

はいの場合→ (内容：)

② 発達について (1歳半健診の指摘 ある ない) / (3歳時健診の指摘 ある ない)

健診で指摘された内容 ()

首のすわり (ヶ月) ひとり歩き (歳 ヶ月)

初めて言葉を話した年齢 (歳 ヶ月：話した言葉)

二語文を初めて話した年齢 (歳 ヶ月：話した言葉)

11. 性格や行動面について

① 平日、休日の過ごし方を教えてください

② 本来の性格は？（複数回答可）

- 内気 社交的 消極的 積極的 人なつこい なつきにくい
- 内弁慶 根気がない 我慢強い 泣き虫 温厚 怒りっぽい まじめ
- ききわけがよい ききわけがない 頑固 自己中心的 気分のむらが激しい
- 落ち着きがない 他人に合わせる マイペース 几帳面 おおざっぱ
- その他（ _____ ）

③ 器用さは？ 器用 普通 不器用

④ 利き手は？ 右 左 両方

⑤ くせやこだわりはありますか？ はい いいえ

はいの場合→どなくせやこだわりですか？（ _____ ）

12. 転居や転校はありましたか？ はい いいえ

はいの場合→何歳の時ですか？（ _____ ）

13. 家庭について

① ご家族について教えてください

（1）現在、同居中のご家族

続柄	年齢	職業・学校など

続柄	年齢	職業・学校など

（2）上記以外のご家族（両親、兄弟姉妹、配偶者、お子さん）

続柄	年齢	職業・学校など

続柄	年齢	職業・学校など

② 家族との会話について よく話す 普通 全く話さない

会話がな場合→誰と誰が会話のない状況ですか？（例：父と本人など _____ ）

③ 家族の食事状況は？

- みんなで食べる 各自で食べる 一人で食べる 時間をずらして食べる家族がいる

→ 一人で、または時間をずらして食べる家族がいる場合（その状況： ）

④ 育児のことで家族トラブルを抱えていることはありますか？ （ ）

⑤ 家族や親戚で精神的な疾患を抱えている方はいますか？（例：祖母—うつ病など / ）

14. すでにご利用中の福祉制度（療育手帳、自立支援医療）がありましたらお書き下さい

15. マイナンバーカード（マイナ保険証）で受付を行い、診療情報取得に同意しましたか？

- はい いいえ

16. この1年間で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？

- はい いいえ

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は記入不要です

受診時期（ ）

指摘事項（ ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
※初診時 医療情報取得加算：1点

ご協力ありがとうございました

児童精神科をはじめて受診するみなさんへ(10歳以上のお子様用問診票)

せいしんか ところ なか たいへん くる おも
精神科は、あなたが心の中で「大変だな」とか「苦しいな」と思っていることについて、

よ いっしょ かんが ところ なか たいへん くる
どうすれば良いかを一緒に考えるところです。心の中の大変なこと、苦しいことをそのままにしていると、

つかれたり、いらいらしたり、ねむれなくなったり、やる気 ^きがおきなくなったり、かなしい気分 ^{きぶん}になったり、

ちようし わる であ じどうせいしんか いしゃ
からだの調子が悪くなったりすることがあります。あなたがこれから出会う児童精神科のお医者さんは、

いっしょ かんが かいふく
一緒に考えながら回復のためのアドバイスをします。

さいしょ しんさつ やく じかん かぞく はなうかが はじ あ いしゃ
最初の診察では約1時間であなただご家族のお話を伺いますが、初めて会うお医者さんですから、

はなし しんさつ まえ ようす すこ し いか
話ずらいこともあるかもしれません。診察の前の様子を少しでも知りたいので、以下のアンケートに

じゅしんまえ ようす しゅうかん じしん か
あなたの受診前の様子(ここ2週間)をあなた自身が書いてください。

こた しつもん いみ しつもん
ただし答えたくない質問や意味のわからない質問はこたえなくてもよいです。

じゅしん しゅうかん おも だ しつもん こた
<受診までの2週間のことについて思い出しながら質問にあてはまる答えに☑をつけてください。>

1. あなた自身が受診を希望している

している していない

2. 家族にうちあげられないことがある

ある ない

3. 最近特に困っていることは何でしたか？ (あてはまるものすべてに☑をつけてください)

かぞく ともだち がっこう せんせい べんきょう ぶかつ
 家族のこと 友達のこと 学校の先生のこと 勉強のこと 部活のこと

その他 ()

4. あなたのまわりに困っていることを相談できる人はいますか？

(あてはまるものすべてに☑をつけてください)

かぞく ともだち がっこう せんせい かのじょ かれし しんり
 家族 友達 学校の先生 彼女/彼氏 心理カウンセラー

その他 ()

5. 緊張感、不安感または神経過敏(すぐにびくっとする)を感じた

まった すうじつ はんぶんいじょう まいにち
 全くない 数日 半分以上 ほとんど毎日

6. 心配することを止められない、または心配をコントロールできない

- 全くない 数日 半分以上 ほとんど毎日

7. まわりの人たちが生活の中で立てる音がとても気になる

- 全くない 数日 半分以上 ほとんど毎日

8. 物事に対してほとんど興味がない、楽しめない

- 全くない 数日 半分以上 ほとんど毎日

9. 気分が落ちこむまたは憂鬱になる、または絶望的なきもちになる

- 全くない 数日 半分以上 ほとんど毎日

10. 寝つきがわるい、途中で目がさめる、または逆に眠りすぎる

- 全くない 数日 半分以上 ほとんど毎日

(半分以上、ほとんど毎日の場合、あてはまるものすべてに☑をつけてください)

- 寝つきが悪い 途中で目覚める 朝起きられない リズムがくずれている
 一日中寝ている

11. 疲れた感じがする、または気力がない

- 全くない 数日 半分以上 ほとんど毎日

12. あまり食欲がない、または食べすぎる

- 全くない 数日 半分以上 ほとんど毎日

(半分以上、ほとんど毎日の場合、あてはまるものに☑をつけてください)

- 食欲がない 食べすぎる

13. 自分はだめな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または自分自身あるいは家族に申し訳

ないと感じる

- 全くない 数日 半分以上 ほとんど毎日

14. 新聞を読む又はTVを見ることに集中するのが難しい

- 全くない 数日 半分以上 ほとんど毎日

15. 他人が気づく位、話し方が遅くなる。あるいは反対に、そわそわして落ち着かずふだん

よりも動き回ることがある

- 全くない 数日 半分以上 ほとんど毎日

16. 死しんだ方がまし、あるいは自分じぶんを傷きずつきたいと思おもったことがある

全まったくない 数すうじつ日 半はんぶんいじょう分以上 ほとんまいにちど毎日

17. 自分じぶんの将来しょうらいは先さきが見まえず真まっ暗くらだと思おもうことがある

ある ない

18. イライラをおさあえられずばに何かをこわしたり、暴あれたりしたことがある

ある ない

19. 突然しょうどうの衝動あたにまかられて(頭がまんでわかっていても我慢ごうどうできずに)行動こうどうしてしまうことがある

ある ない

20. 自殺じさつ以外の目的もくてきで(気分きぶんを落おち着つかせるなど)自分じぶんのからだの一部いちぶを傷きずつけたことがある

ある ない

21. まわりの誰だれにも自分じぶんのことを相談そうだんできかないと感かんじたことがある

ある ない

22. 実際じっさいに死しぬための計けい画かくを考かんえたことがある

ある ない

23. 実際じっさいに死しぬため計けい画かくを考かんえて実じつ行こうにうじつしてごうみたことがある

ある ない

24. 法律ほうりつで禁きん止しされている薬物やくぶつもしくは健康上けんこうじょうこの好こうましくない物質ぶつしつを使用ししたことがある

ある ない

(ある場合ばあい、あてはまるものすべてに☑をつけてください)

酒さけ たばこ シンナー 大麻たいま ライターガス 危険きけんドラッグ

その他た ()

25. 薬局やっきやくで売うっている薬くすりや病院びょういんで処方しょほうされた薬くすりを、自分じぶんの判断はんだんで決きめられた回数かいすうや量りょうよりも多おく

の飲のんだことがある

ある ない

26. 他人には聞こえない声(命令する声、励ます声など)が聞こえる不思議な体験がある

- ある あるかもしれない ない

(ある場合、あてはまるものすべてに☑をつけてください)

- 自分にとって苦しく感じるもの 自分にとって苦しく感じないもの

27. 他人には見えない人や物(例えば、幽霊など)が見える不思議な体験がある

- ある あるかもしれない ない

(ある場合、あてはまるものすべてに☑をつけてください)

- 自分にとって苦しく感じるもの 自分にとって苦しく感じないもの

28. 忘れてしまいたい嫌なことを何度も思い出したり、嫌なことが夢にでることがある

- ある ない

29. 今でも忘れられないひどい暴力やいやがらせを誰かから受けた思い出がある

- ある ない

(ある場合、それは誰からですか?あてはまるものすべてに☑をつけてください)

- 友達 兄弟 父親または母親 その他の家族 教師 近所の人

- 交際相手 その他の人 ()

30. 自分のまわりの人のことを信頼できない、信用できないと感じることがある

- ある ない

31. 自分の身体が自分のものではないような感覚がある

- ある ない

32. 自分の性別や性の価値観(恋愛対象など)まわりと異なると感じて悩んだことがある

- ある ない

33. お医者さんに個人的に相談に乗ってもらいたいことがあり、家族とは別に話を聞いてほしい

- 家族と別々の面接を希望する どちらでもよい 家族と一緒に面接を希望する

ご協力 ありがとうございます。 お名前 ()

記入例

6歳（小学生）以上18歳未満の方の受診に関する同意書

医療法人 本多友愛会 仙南中央病院

院長 永田 真一 殿

私、船岡 太郎 (親権者) ①
船岡 花子 (親権者) ②は、
船岡 桜 (受診者) が

①と②は、両親の名前
をご記入ください。父
親と母親の片方のみで
も良いです。

仙南中央病院で受診するにあたり、下記の事項について同意いたします。

- 1. 受診する際は、保護者（親権者）同伴とする
- 2. 精神疾患以外の疾患（内科疾患等）の診療は不可
- 3. 院長外来（児童外来専用）に受診すること
- 4. 服薬については、保護者が管理すること
- 5. 救急対応は不可

1～4の事項を読み、
□に「✓」を記入し
てください。

以上

令和 6年 3月 15日

受診者氏名 (自署) 船岡 桜

受診者 住 所 柴田町北船岡1-□-▽

親権者①氏名 (自署) 船岡 太郎

親権者①住 所 柴田町北船岡1-□-▽

親権者①連絡先 090-0000-0000

親権者②氏名 (自署) 船岡 花子

親権者②住 所 柴田町北船岡1-□-▽

親権者②連絡先 080-0000-0000

※氏名は各自、直筆になります。

※住所は、受診者と同じ場合は、「同上」、「受診者と同じ」と記入されても良いです。

6歳（小学生）以上18歳未満の方の受診に関する同意書

医療法人 本多友愛会 仙南中央病院

院長 永田 真一 殿

私、 _____ (親権者) ①
_____ (親権者) ②は、
_____ (受診者) が

仙南中央病院で受診するにあたり、下記の事項について同意いたします。

- 1.受診する際は、保護者（親権者）同伴とする
- 2.精神疾患以外の疾患（内科疾患等）の診療は不可
- 3.院長外来（児童外来専用）に受診すること
- 4.服薬については、保護者が管理すること
- 5.救急対応は不可

以上

令和 年 月 日

受診者氏名（自署）

受診者 住 所

親権者①氏名（自署）

親権者①住 所

親権者①連絡先

親権者②氏名（自署）

親権者②住 所

親権者②連絡先

ゲームと日常生活に関する質問票

過去12ヵ月について、以下の質問のそれぞれに、「はい」「いいえ」のうち当てはまる方に○をつけてください。最後の質問については、もっとも当てはまる回答を一つ選んでください、なお、ここでいうゲームとは、スマホ、ゲーム機、パソコンなどで行うゲームのことです。

1. ゲームを止めなければいけない時に、しばしばゲームを止められませんでしたか。

はい ・ いいえ

2. ゲームをする前に意図していたより、しばしばゲーム時間が延びましたか

はい ・ いいえ

3. ゲームのために、スポーツ、趣味、友達や親せきと会うなどといった大切な活動に対する興味が著しく下がったと思いますか。

はい ・ いいえ

4. 日々の生活で一番大切なのはゲームですか。

はい ・ いいえ

5. ゲームのために、学業成績や仕事のパフォーマンスが低下しましたか。

はい ・ いいえ

6. ゲームのために、昼夜逆転 またはその傾向がありましたか (過去 12ヵ月で30日以上)。

はい ・ いいえ

7. ゲームのために、学業に悪影響がでたり、仕事を危うくしたり失ったりしても、ゲームを続けましたか。

はい ・ いいえ

8. ゲームにより、睡眠障害(朝起きれない、眠れないなど)や憂うつ、不安などといった心の問題が起きていても、ゲームを続けましたか。

はい ・ いいえ

9. 平日、ゲームを1日にだいたい何時間していますか。

2時間未満 ・ 2時間以上 ・ 6時間未満 ・ 6時間以上

出典: GAMES test Higuchi Set al. Journal of Behavioral Addictions, 2021.

子どもの日常生活チェックリスト (QCD)

お名前： _____ (_____ 歳) 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

4段階でチェックしてください☑

		0=全く違う	1=わずかにそう思う	2=かなりそう思う	3=全くそのとおり	0	1	2	3		
【早朝／登校前】	01	お子さんは、速やかにベッドから起き上がれますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	02	お子さんは、速やかに身だしなみ（洗顔、歯磨き、着替えなど）を整えることはできますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	03	お子さんは、朝食時には年齢相応の行動ができますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	04	お子さんは、朝の登校前に兄弟や家族と、トラブル・言い争いなく過ごせますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 点	
【学校】	05	お子さんは、学校に行くのが好きですか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	06	お子さんは、授業中に他の子供達と同じように行動できますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	07	お子さんには、学校で受け入れてくれる友達がありますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 点	
【放課後】	08	お子さんは、学校の出来事を保護者に伝えられますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	09	お子さんは、同年代の友達はいますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	10	お子さんは、同年代のお子さんと一緒に、スポーツをするなどの課外活動に自信を持って参加できますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 点	
【夕方】	11	お子さんは、家で問題なく宿題ができますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	12	お子さんは、両親の帰宅後、常に言い争いすることなく家族生活を送ることができますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	13	お子さんは、夕食の時に落ち着いて会話ができますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	14	両親はお子さん、安心して共に行動（外出や買い物など）することができますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 点	
【夜】	15	青年期のお子さん（12歳以上）： お子さんは、同年代友人との遊び、勉強、塾、習い事、スポーツなどの活動を夜に行えますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	16	小児期のお子さん（12歳未満）： お子さんは、夜に親の指示に従うこと（例えば、お子さんに寝る前に本を読み聞かせするようなこと）が可能ですか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
※15と16はいずれか該当する方の質問にお答えください		17	お子さんは、問題なくベッドに行く（眠る）ことができますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		18	お子さんは、夜中に目覚めることなく寝ていますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 点
【全体の評価】	19	お子さんは、自信があり、社会的に受け入れられ（友人の中に居場所があるなど）、情緒が安定していますか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	20	お子さんは、混乱、言い争い、反抗的行動なく過ごせる日が多いですか？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 点	

各時間帯の点数及び総得点を計算してください

総得点

点

このチェックリストは診断用ではありません

監修：久留米大学医学部 小児学科講座 主任教授 山下裕史朗先生