**子ども用問診フォーム**

 以下の問診表を記入し、TELL 担当者に送信して下さい。この書類は全て６ページあります。パソコンで直接ご記入し、E-MAILの添付ファイルとして　clinical.assist@telljp.comに送っていただくこともできます。しかし、E-MAIＬ上で記載される個人情報の保護および正確性についての保証は一切いたしませんのでご了承下さい。E-MAIＬの添付ファイルとして送られる場合は、個人情報に関連する質問には一切記入しないようにお願いしております。E-MAIL上での個人情報の安全がご心配な場合はPDFファイルを印刷してもらい、手書きで記載した後、ファックス番号03-4550-1191（Attention: Clinical Coordinator）まで送信していただけることもできます。

 カウンセリングの予約については、問診フォームの受領が確認された後からのご案内になりますので、担当者からの連絡をお待ち下さい。問診フォームの受領が確認されているクライアント様を優先する為、診察は問診フォームの先着順のご案内となります。

当問診フォームに関して質問がございましたらTELLカウンセリングセンター（03 4550 1147：月～金、9時～17時）までご連絡ください。

**基本情報・連絡先**

**お子様の**お名前:       [ ] 男 [ ] 女

 ローマ字:

生年月日:       出生国:

国籍:       話す言語：

携帯番号:

メール:

**父親の**お名前:       [ ] 男 [ ] 女

 ローマ字:

生年月日:       出生国:

国籍:       話す言語：

携帯番号:

メール:

**母親の**お名前:       [ ] 男 [ ] 女

 ローマ字:

生年月日:       出生国:

国籍:       話す言語：

携帯番号:

メール:

**現住所情報:** 〒   -

ご自宅の電話番号:

ご自宅のファックス番号：

緊急の場合、どちらにご連絡が可能ですか?

[ ]  自宅 [ ]  携帯 [ ]  その他：

紹介のリソース

どこでTELLを知りましたか？

[ ]  学校 ・大学 [ ]  友人・家族

[ ]  医師 [ ]  牧師・神父・教会

[ ]  他のセラピスト [ ]  弁護士・国の公共機関

[ ]  メディア・広告 [ ]  EAP ・会社の人事課

[ ]  健康保険会社 [ ]  その他：

どなたからの紹介や進めでTELLチルドレン＆ファミリーにご連絡されましたか?

[ ]  自分自身が必要性を感じて [ ]  子供の通う学校

[ ]  医師 [ ]  言語療法士

[ ]  作業療法士 [ ]  他の専門家 [ ]  家庭教師

[ ]  その他：

お子様の情報を得るため、TELLがお子様の学校に連絡・情報交換することを許可しますか？

[ ]  はい [ ]  いいえ

TELLのExceptional Parenting Program（特別子育てプログラム）の活動、講演の案内メールの受け取りを

[ ]  希望する [ ]  希望しない

**日本での生活状況**

ご家族はどのような健康保険をお持ちですか?

[ ]  日本の国民健康保険 [ ]  CIGNA International\*[ ]  HTH Worldwide\*\* [ ]  GeoBlue\*\*

[ ]  プライベート健康保険：

[ ]  保険なし [ ]  日本企業の EAP:

[ ]  その他：

*\*当社とご契約の場合は初回のセッションにInsurance Cardをお持ちください。*

*\*\* Guarantee of Paymentを取得するため、カウンセリングの事前に当保険会社に直接ご連絡ください。*

ご家族またはお子様が来日した年月日：      /

[ ]  日本で誕生した

お子様は母国から何年以上はなれて暮らしていますか？

日本を含め、お子様は今まで何ｶ国に滞在されましたか?

日本での在留ステータス: [ ]  母国

[ ]  第二カ国 [ ] （ご両親の）仕事上の都合

[ ]  永住権取得者 [ ]  外交上特別住居者

[ ]  その他: ­­

あと何年ほど日本に滞在される予定ですか?:

[ ]  1年未満 [ ]  1～5年 [ ]  6～10年

[ ]  10年以上 [ ]  未定

今後はどこで住む予定ですか？[ ]  母国へ帰る

[ ]  日本に住み続ける [ ]  他の国に一時的に住む

[ ]  その他：

**相談に関する情報**

* TELLでご相談を受けようと思われた主な理由、またはお子様の教育・発育・行動に関して気になる点がある場合は、下記にご記入ください:
* なぜ”この時期“にTELLでご相談を受けようと思われたのですか:
* お子様の診断テストまたはカウンセリングを通してどのような効果を期待されていますか:

**ご家族についての情報**

* 現在お子様は実の父親・母親の両方と暮らしていますか？[ ]  はい [ ]  いいえ、説明：
* 該当の場合、お子様は   何歳のときに養子縁組をされた。
* 特別な家庭状況や養子縁組に関する情報についてご説明下さい：
* あなたがお子様へのサービスを望んでいることを父親・母親の両方がご存知ですか? [ ]  はい

 [ ]  いいえ、説明:

* お子様がご両親と同居されていない場合、ご両親が別居・離婚されている場合:
* 片親はあなたが子どもへのカウンセリングや診断サービスを望んでいることをご存知ですか？

 [ ]  はい [ ]  いいえ、説明：

* お子様は現在、実のご兄弟と一緒に暮らしていますか？[ ]  はい [ ]  いいえ
* 実親以外の父親・母親または保護者についてご説明ください:
* ご両親が離婚されている場合、どなたがお子様の親権をお持ちですか？

[ ]        が親権を持っている

[ ]  両親が共同親権を持っている

[ ]  その他：

**父親について**

現在のご職業：      会社名：

[ ]  正社員 [ ]  パートタイム/アルバイト

[ ]  無職 [ ]  専業主夫 [ ]  学生 [ ]  定年

最終学歴: [ ]  小学校 [ ]  中学 [ ]  高校

 [ ]  専門学校 [ ]  4年制大学

 [ ]  大学院修 [ ]  大学院博士課程 [ ]  その他：

結婚時の年齢:

離婚時の年齢（該当の場合）:

以前にもご結婚されたことがありますか？

[ ]  いいえ [ ]  はい

以前のご関係、ご結婚でのお子様はいますか？

[ ]  いいえ [ ]  はい

**母親について**

現在のご職業：      会社名：

[ ]  正社員 [ ]  パートタイム/アルバイト

[ ]  無職 [ ]  専業主婦 [ ]  学生 [ ]  定年

最終学歴: [ ]  小学校 [ ]  中学 [ ]  高校

 [ ]  専門学校 [ ]  4年制大学

 [ ]  大学院修 [ ]  大学院博士課程 [ ]  その他：

結婚時の年齢:

離婚時の年齢（該当の場合）:

以前にもご結婚されたことがありますか？

[ ]  いいえ [ ]  はい

以前のご関係、ご結婚でのお子様はいますか？

[ ]  いいえ [ ]  はい

**ご兄弟について**

1. お名前：      年齢：   [ ] 男 [ ] 女

現在のお子様と同居？[ ]  はい [ ]  いいえ

学校名または職業：

ご兄弟に関する問題や心配事の有無:

1. お名前：      年齢：   [ ] 男 [ ] 女

現在のお子様と同居？[ ]  はい [ ]  いいえ

学校名または職業：

ご兄弟に関する問題や心配事の有無:

1. お名前：      年齢：   [ ] 男 [ ] 女

現在のお子様と同居？[ ]  はい [ ]  いいえ

学校名または職業：

ご兄弟に関する問題や心配事の有無:

1. お名前：      年齢：   [ ] 男 [ ] 女

現在のお子様と同居？[ ]  はい [ ]  いいえ

学校名または職業：

ご兄弟に関する問題や心配事の有無:

**同居されている他の人物について**（祖父母や親戚、乳母や世話係など）:

1. お名前：      年齢：  　[ ] 男 [ ] 女

学校名または職業：

1. お名前：      年齢：  　[ ] 男 [ ] 女

学校名または職業：

お子様は以下の人物とどのような人間関係を築かれていますか（良い・ふつう・悪い、など）。

母親:       父親:

姉・妹:       兄・弟:

該当する場合、義理の父親・母親、または同居されている祖父母や親戚との関係についても詳しくご説明ください。

お子様は次の人物に対してどの言語で喋りますか:

母親:      語 父親:      語

兄弟:      語 他の同居人物:      語

（お子様が一人の人物に対してひとつ以上の言語を話す場合、できるだけその関係性や状況を詳しくご説明願います。）

**発育上の医療歴について**

* 母親の妊娠中の健康状態について

[ ]  貧血または栄養不足 [ ]  薬の服用

[ ]  妊娠中毒症 [ ]  尿の異常

[ ]  悪心・嘔吐 [ ]  頭痛

[ ]  異常な肉体的緊張 [ ]  異常な精神的緊張

[ ]  体重の異常 [ ]  出血

[ ]  HIV 感染者

[ ]  病気 （病名：     ）

[ ]  血圧の異常 [ ]  事故

[ ]  その他：

* 母親の出産年齢:
* 妊娠中の状況を詳しく書いてください。（出産時の問題や精神的な問題などについて。）
* 妊娠中・出産後のお子様の健康状態について何か問題がありましたか？ [ ]  いいえ [ ]  はい
* 妊娠期間 (   週間) 陣痛時間: (    時間)
* 早産でしたか?[ ]  いいえ [ ]  はい
* 出産状況: [ ]  自然分娩 [ ]  出口鉗子分娩 [ ]  帝王切開出産 [ ]  他の方法：
* 胎向: [ ]  頭が先 [ ]  脚が先 [ ]  逆子
* 出産後のアプガー（APGAR）スコア:     (0-10)
* 母親は妊娠中に薬を服用した経験はありますか？[ ]  いいえ

[ ]  はい、薬の名前・期間：

* 母親は妊娠中に喫煙していましたか？[ ]  いいえ[ ]  はい、頻度と量：
* 母親は妊娠中に飲酒していましたか？[ ]  いいえ[ ]  はい、頻度、量など：
* 乳児の時にお子様は薬の服用や特別な治療（酸素補給、輸血、X線の検査、脳電図（EEG）の検査など）を受けましたか？　[ ]  いいえ

 [ ]  はい、薬の名前・期間、治療・手術：

* 母乳で育てましたか? [ ]  いいえ

 [ ]  はい、期間：

* 母乳に関して問題や心配事はありましたか？

 [ ]  いいえ [ ]  はい、説明：

* お子様が乳児の時の様子に該当するものをチェックして下さい。

[ ]  笑顔が多かった

[ ]  落ち着かせやすかった

[ ]  新しいことが苦手だった

[ ]  抱っこされると喜んだ

[ ]  新しい環境にすぐ慣れた

[ ]  泣くことが多かった

[ ]  落ち着かせることが難しかった

[ ]  あやされるのが好きだった

[ ]  オムツがぬれると泣いた

* 1-3歳くらいの幼児のときのお子様の様子で、以下で当てはまるものをチェックしてください。

[ ]  自立していた [ ]  おしゃべり

[ ]  怒りっぽかった [ ]  怖いもの知らずだった

[ ]  過動に活動的だった

[ ]  破天荒だった

[ ]  頑固だった [ ]  よく言うことを聞いた

[ ]  おとなしかった [ ]  好奇心旺盛だった

[ ]  攻撃的だった [ ]  注意散まんであった

[ ]  フレンドリーであった [ ]  愛情表現を求めた[ ]  しつけしやすかった [ ]  順応しやすかった

* 覚えている範囲内で、お子様が以下の項目を成し遂げられた年齢（～ヶ月）を教えてください。

座る：  ヶ月

ハイハイ：  ヶ月

イレトレーニング：  ヶ月

一人で立てる：  ヶ月

一人歩き：  ヶ月

しゃべり始めた：  ヶ月

（何といいましたか？     ）

会話ができる：  ヶ月

二輪自転車に乗る：  ヶ月

お子様の健康について

* お子様を診ている医者または小児科医:
* 最も最近の診察日:
* 現在の体重:     kg 現在の身長:     cm
* 女の子の場合、最後の月経が始まった日:
* 日本の医療機関で診察を受けたお子様に関して:　生後18ヶ月または3歳時の健康診断/定期健診の結果を教えてください。
* お子様の現在の健康状態についてご説明下さい：

* お子様は現在薬を服用していますか?　 [ ]  いいえ

[ ]  はい、薬名・何錠：

* お子様は（3週間以上の）長期の間に薬を服用された経験はありますか？　[ ]  いいえ

[ ]  はい、説明：

* お子様はアレルギーをお持ちですか？[ ]  いいえ

[ ]  はい、詳細：

* お子様は中耳炎を患った経験はありますか？

[ ]  いいえ [ ]  はい（感染の頻度：

* 最後の聴力検査はいつでしたか?

診断結果：

* 最後の視力検査はいつでしたか?

診断結果：

* 最後の血液検査：

診断結果：

* お子様は遺伝子検査を受けたことがありますか？

[ ]  いいえ

[ ]  はい、理由・診断結果：

* 有害物質・重金属などにさらされたことはありますか？　[ ]  いいえ

[ ]  はい、物質の名前・期間：

* お子様は、下記の経験をしたことはありますか？

[ ]  カフェオーレ班などの皮膚に関する問題

[ ]  入院・手術 [ ]  頭部外傷

[ ]  意識喪失 [ ]  発作・痙攣

[ ]  摂食障害 [ ]  睡眠障害

* 上記以外に過去に健康上の問題がありましたか？

[ ]  いいえ

[ ]  はい、説明：

* お子様は心理テスト・診断を受けたことがありますか？[ ]  いいえ

[ ]  はい、場所・理由・診断結果：

* お子様は、 現在または過去に以下の行動を起こしたことがありますか？

[ ]  頭を壁にぶつけるなどの行動があった

[ ]  咬爪癖 [ ]  嘔吐 [ ]  心配性

[ ]  悲観的 [ ]  歯ぎしり

[ ]  便失禁 [ ]  横臥行動

[ ]  放火行為 [ ]  頭痛 [ ]  音に敏感

[ ]  未熟な感情発達 [ ]  チック・痙攣

[ ]  友達となじめない [ ]  夜尿症

[ ]  疝痛/急性腹通 [ ]  発語障害

[ ]  親指しゃぶり [ ]  身体バランス障害

[ ]  癇癪を起こす [ ]  自殺行為・願望

[ ]  自慰（行為） [ ]  協調運動の問題

[ ]  感覚障害 [ ]  薬物・アルコールの使用

[ ]  家出 [ ]  便秘

[ ]  重傷なケガ・事故[ ]  愛情表現の拒否

**社交能力・感情表現について**

* お子様が興味のあるものまたは趣味を書いてください。
* お子様は課外活動に参加されていますか？ [ ]  はい [ ]  いいえ、理由：
* 友人関係について： **男性** 人数：      　年齢幅：      **女性** 人数：      　年齢幅：
* 友人と関わり合いを持っているときのお子様の様子を教えてください。
* 家庭内でお子様は問題があるように感じますか。 [ ]  いいえ

[ ]  はい、いつ・どのように問題：

* お子様の過去に起きた問題で現在にも影響及ぼしていることはありますか？ [ ]  いいえ

 [ ]  はい、説明：

* お子様の長所を教えてください。
* お子様はこれまでにトラウマになるような経験をしてきましたか？（例:親しい親戚や友人の死、事故など）

[ ]  いいえ [ ]  はい、説明：

* 児童虐待・性的虐待・家庭内暴力・ネグレクトなどの経験はありますか？ [ ]  いいえ

 [ ]  はい、説明：

* お子様は過去に精神科・心療内科でカウンセリングや治療を受けたことはありますか？ [ ]  いいえ

 [ ]  はい、説明：

* お子様は法的な問題に巻き込まれ事がありますか？ [ ]  いいえ [ ]  はい、説明：
* あなたのお子様は精神的、行動的または情緒的な問題で入院したことがありますか？ [ ]  いいえ

 [ ]  はい、説明：

* お子様は集中力に問題ありますか？ [ ]  いいえ [ ]  はい、説明：
* お子様は記憶力に問題ありますか？ [ ]  いいえ [ ]  はい、説明：
* お子様は友人や大人、動物、所有物または自身に対して攻撃的になったことはありますか？ [ ]  いいえ

[ ]  はい、説明：

* お子様は友人や大人、動物または自身に対して不適切な性行為をしたことはありますか？ [ ]  いいえ

[ ]  はい、説明：

* いじめを受けた経験はありますか？ [ ]  いいえ [ ]  はい、説明：
* お子様のご親族でこれまでに感情的や精神的な問題がある人物は居ましたか？ [ ]  いいえ

 [ ]  はい、説明：

* お子様のご親族でこれまでに学習障害がある人物は居ましたか？ [ ]  いいえ

 [ ]  はい、説明：

* お子様のご親族でこれまでに注意欠陥な問題がある人物は居ましたか？ [ ]  いいえ

 [ ]  はい、説明：

* お子様のご親族でこれまでに行動的な問題がある人物は居ましたか？ [ ]  いいえ

 [ ]  はい、説明：

* お子様のご両親として現在どのような状況ですか？ (例：家庭内問題や、夫婦関係で苦労されていますか？)
* 現在、ご家庭内の状況（経済的・スペース・失業の危険性）などでお子様のストレス要因になっている、あるいは心配されている所はありますか？ [ ]  いいえ [ ]  はい、説明：

**思春期のお子様に関して**

* 思春期を迎えたときどのような変化に気づきましたか？
* 以下の項目で、お子様の対応の変化があったものはどれですか？ [ ]  学校　 [ ]  家族

 [ ]  友人　 [ ]  娯楽　 [ ]  食事

 [ ]  他の活動など、説明：

* あなたのお子様は毎日どのくらいインターネットを使っていますか？（ゲーム、ソーシャルネットワーキングなどで）
* お子様がアクセスしているサイトの種類について何か心配事はありますか？（暴力的や性的な内容など）[ ]  いいえ [ ]  はい、説明：
* **飲酒歴**

アルコールを初めて飲酒した年齢：  才

初めて酔った年齢：  才

飲酒問題に気づいた年齢：  才

好むお酒の種類 お酒の量：

飲酒の頻度:

* **薬物使用歴**

薬物名:

初めて使用した年齢:   才

薬物問題に気づいた年齢:   才

薬物の量:

摂取の頻度:

**学校、語学、教育について**

お子様が通っていた学校名をすべて書き記してください。（可能な場合、保育園と託児所も教えてください）

**現在の学校名も忘れずに必ず書いてください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保育園/託児所名 | 場所 | 学年 | 年齢 | 退学した理由 | 指導をうけていた言語 |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 幼稚園名 | 場所 | 学年 | 年齢 | 退学した理由 | 指導をうけていた言語 |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 小学校名 | 場所 | 学年 | 年齢 | 退学した理由 | 指導をうけていた言語 |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 中等学校 /高等学校名 | 場所 | 学年 | 年齢 | 退学した理由 | 指導をうけていた言語 |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

* 留年または飛び級の経験はありますか？ [ ]  いいえ [ ]  はい、説明：
* お子様は現在学校で学習問題を抱えていますか？ [ ]  いいえ [ ]  はい、説明：
* 他にお子様は現在学校で問題を抱えていますか？ [ ]  いいえ [ ]  はい、説明：
* 停学の経験はありますか？ [ ]  いいえ [ ]  はい、説明：
* 退学の経験はありますか？ [ ]  いいえ [ ]  はい、説明：
* 特別学級の経験や、現在または過去に教育指導を受けたことありますか？[ ]  いいえ [ ]  はい、年生の時で：
* お子様は現在または過去に第二言語としての英語クラス（ESL）を受けたことありますか？[ ]  いいえ

[ ]  はい、期間：

* お子様の平均的な成績を教えてください。（最近の成績表をお持ちください。）
* どのような授業や状況でお子様の能力は発揮されますか？
* 特定の学習障害があるとして、診断された経験はありましたか？[ ]  いいえ [ ]  はい、説明：
* お子様は学校に対してどのような気持ちを抱いていますか？

今回のご相談内容以外で、お子様の教育・発育・性格・行動に関して気になる点がある場合は、

下記にご記入ください:

ご署名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日付:

お子様との関係性: [ ]  父 [ ]  母 [ ]  その他：