

**Parent/Legal Guardian Questionnaire
for Children and Adolescents**

DATE (今日の日付): _____

Name of Child (お子さんのお名前): _____

Date of Birth (生年月日): _____ Age (年齢): _____

Parent's Name (保護者の名前): _____

Street Address (住所): _____

City(市): _____ State(州): _____ Zip(郵便番号): _____

Phone: (家の電話番号) _____ (Work/職場) _____

Cell/Pgr (携帯電話番号) _____

Occupation(職業): _____

Can you be contacted at work (職場へ治療に関する連絡をしてもよいか)? YES, NO

Can we leave a message on answering machine

(職場の留守番電にメッセージを残してもよいか)? YES, NO

Referred by (主治医名、あるいは当院を紹介した医師の名前):

May we mail a Thank You letter to them (その医師に感謝状を出すべきか)? YES, NO

Address of referral source, if known (紹介した医師の住所。もし分かれば。):

児童、及び思春期児童の情報用紙

この用紙は、保護者、または未成年のための法定後見人サービスが記入するものです。この情報は子どもご本人とその子が抱えるニーズをよりよく理解するために役立てます。この情報は、あなたの治療者とのやりとりと同様に、ニューヨーク州の法律に則り秘密保持されます。

子ども本人のお名前 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____

この用紙に記入した方のお名前 _____
私は、親権を持つ親、または文書において証明された子供の法定後見人であること、そして心理学的な治療を要求し同意する本人への法的な権利を持っていることを宣言します。

署名 _____

日付 _____

コンサルテーションのため、他の専門家に紹介されましたか？ はい ・ いいえ

「はい」と答えた場合、右の空欄に紹介元を記入してください _____

もし治療調整のために紹介元の専門家に連絡を取りたい場合は、許可を与えるための「情報の公開」用紙に記入する必要があります。

現在の困りごと：なぜあなたのご本人は治療を受ける必要があるのでしょうか？どんな行動、感情、考え、問題がご本人の生活に苦痛や困難をもたらしているのでしょうか？

目標は何でしょう？あるいは、どんな風にご本人やご家族のためにどんな変化があればよいと思いますか？

現在のご本人の生活状況

実父母と同居 里親と同居 養父母と同居 親せきと同居 施設

保護者の生活状況

結婚している／配偶者と同居 離婚 独身 別居中 未亡人

ご本人の兄弟

名前_____	年齢____	ご本人と同居していますか？	はい・いいえ・時々
名前_____	年齢____	ご本人と同居していますか？	はい・いいえ・時々
名前_____	年齢____	ご本人と同居していますか？	はい・いいえ・時々
名前_____	年齢____	ご本人と同居していますか？	はい・いいえ・時々
名前_____	年齢____	ご本人と同居していますか？	はい・いいえ・時々

他に誰が同居しているでしょうか？ _____

問題の種類

以下の項目を読まれて、現在ご本人についてお困りのことに当てはまるようでしたらにチェックをしてください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 不安・心配 | <input type="checkbox"/> 大切な人を亡くしたことの悲しみ |
| <input type="checkbox"/> 恐怖／恐怖症 | <input type="checkbox"/> 多くの時間不幸に感じている |
| <input type="checkbox"/> 過度に依存的 | <input type="checkbox"/> 抑うつ |
| <input type="checkbox"/> 緊張ぐせ（例：爪かみ） | <input type="checkbox"/> 自殺を考える |
| <input type="checkbox"/> 強迫観念 | <input type="checkbox"/> 自傷行動 |
| <input type="checkbox"/> 強迫行動 | <input type="checkbox"/> 学業上の問題、教育上の困りごと |
| <input type="checkbox"/> 情緒の敏感さ | <input type="checkbox"/> 職業上の問題 |
| <input type="checkbox"/> 慌てたときの落ち着きづらさ | <input type="checkbox"/> 兄弟との折り合いの悪さ |
| <input type="checkbox"/> 怒り、かんしゃく | <input type="checkbox"/> 両親との折り合いの悪さ |
| <input type="checkbox"/> 攻撃的、または破壊的な行動 | <input type="checkbox"/> 親との葛藤、離別からのストレス |
| <input type="checkbox"/> しつけの問題 | <input type="checkbox"/> 家族の問題からのストレス |
| <input type="checkbox"/> 盗み、万引き | <input type="checkbox"/> 臆病さ／自信のなさ |
| <input type="checkbox"/> 頻繁な嘘 | <input type="checkbox"/> 自尊心の低さ |
| <input type="checkbox"/> 考えや行動の頑固さ | <input type="checkbox"/> 孤独感 |
| <input type="checkbox"/> 生活変化や移り変わりへの難しさ | <input type="checkbox"/> 友人関係の問題 |
| <input type="checkbox"/> 普通ではない、または繰り返す行動 | <input type="checkbox"/> 宗教やスピリチュアルに関する困り事 |
| <input type="checkbox"/> 衝動的な行動 | <input type="checkbox"/> 身体、または健康問題からのストレス |
| <input type="checkbox"/> うるさい、望ましくない、不適切な行動 | <input type="checkbox"/> 性的な関心事 |
| <input type="checkbox"/> 年齢に不釣り合いな未熟さ | <input type="checkbox"/> アルコール、または他のドラッグの使用 |
| <input type="checkbox"/> 非常に乱れた様子 | <input type="checkbox"/> 法的な問題 |
| <input type="checkbox"/> 物事を終わらせるのに時間がかかりすぎる | <input type="checkbox"/> トラウマからのストレス |
| <input type="checkbox"/> 忘れっぽい | <input type="checkbox"/> 安全でない、危険な行動をとってしまう |
| <input type="checkbox"/> 1つのことに注意集中する時間の短さ | <input type="checkbox"/> その他： |

最近の生活上の変化について、(はい・いいえ)のどちらかに○をつけて下さい。

1. ご本人の家族で最近亡くなった方はいますか？ (はい・いいえ)
2. 両親は結婚、または離婚しましたか？ (はい・いいえ)
3. 新しい子どもが養子に来る、生まれた、または一緒に住むようになりましたか？ (はい・いいえ)
4. 長い間、親から離れて生活していましたか？ (はい・いいえ)
5. 最近、一緒に住む人に変化はありましたか？ (はい・いいえ)
6. ご本人の大切な友人関係、または他の関係が破たんしましたか？ (はい・いいえ)
7. 配偶者の問題からの家族不和をご本人は目撃しましたか？
8. ご本人は深刻な病気になったか、入院しましたか？ (はい・いいえ)
9. ご本人の両親またはご家族は深刻な病気になったか、入院しましたか？ (はい・いいえ)
10. ご家族は、法的な問題がありましたか？ (はい・いいえ)
11. ご家族は、情緒的な、精神的な、依存・乱用の問題がありましたか？ (はい・いいえ)
12. ご本人は深刻な学校問題を抱えていましたか？ (はい・いいえ)
13. ご本人はたくさんの活動や責任からストレス状況下にありましたか？ (はい・いいえ)
14. ご本人は課外活動、スポーツチーム、クラブ活動などで非常に失望するような経験がありましたか？ (はい・いいえ)
15. ご本人はアルコールやドラッグに関わりましたか？ (はい・いいえ)
16. 今までに家でたくさんの口論や対立がありましたか？ (はい・いいえ)
17. ご両親は、経済状況の変化や、失職を経験しましたか？ (はい・いいえ)
18. ご家族は経済的に困難な状況、不適切な健康状態、安全でない住宅状況にありましたか？またはこれらの状況を頻繁に心配していましたか？ (はい・いいえ)
19. ご本人は性的に活発になりましたか？ (はい・いいえ)
20. ご本人は口論や、脅迫的な行動、身体的暴力、性的行為、または交通事故のような恐ろしい状況を目撃しましたか？ (はい・いいえ)
21. ご本人は口論や、脅迫的な行動、身体的暴力、性的行為、または交通事故のような恐ろしい状況を経験しましたか？ (はい・いいえ)
22. ご本人、またはご家族は犯罪の犠牲者になりましたか？ (はい・いいえ)
23. ご本人、または家族は火事、洪水、竜巻、ハリケーン、または他の自然災害を経験しましたか？ (はい・いいえ)
24. ご本人、または家族は戦争、暴動、攻撃などに身体的な傷害のある出来事に巻き込まれましたか？ (はい・いいえ)

もし上記の質問のいずれかに はい と答えたらなら、状況を簡潔に説明して下さい。

あなたのご経験では、どのようにご本人は問題やストレスに反応しますか？

当てはまる□全てににチェックを入れて下さい。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> たくさん眠る | <input type="checkbox"/> 助けを求める |
| <input type="checkbox"/> 睡眠に支障が出る | <input type="checkbox"/> 問題を無視する |
| <input type="checkbox"/> ふさぎ込む | <input type="checkbox"/> 問題を積極的に解決しようとする |
| <input type="checkbox"/> 友人と一緒に問題について話す | <input type="checkbox"/> 大人から安心感を得ようとする |
| <input type="checkbox"/> 大人と一緒に問題について話す | <input type="checkbox"/> アルコールやドラッグを使用する |
| <input type="checkbox"/> イライラする、けんか腰になる | <input type="checkbox"/> 鬱憤を晴らす、ストレス発散する |
| <input type="checkbox"/> より敏感になる | <input type="checkbox"/> 簡単にあきらめる |
| <input type="checkbox"/> 身体症状を出す。または文句を言う | <input type="checkbox"/> より若々しく行動する |
| <input type="checkbox"/> いばり散らすまたは操作的になる | <input type="checkbox"/> ほかにの人に八つ当たりする |
| <input type="checkbox"/> たくさんテレビを見る | <input type="checkbox"/> 刺激を求めさまよう |
| <input type="checkbox"/> ゲームやパソコンをさらにする | <input type="checkbox"/> たくさん泣く |
| <input type="checkbox"/> よくトラブルに巻き込まれる、ルールを破る | <input type="checkbox"/> 甘えてべたべたする |
| <input type="checkbox"/> うるさくなる、またはバカなことをする | <input type="checkbox"/> 普段より食べるように、自分の慰めになることを過剰にする |

健康について

ご本人は以前に医師、精神科医、カウンセラー、または心理士からメンタルヘルスの治療を受けた事がありますか？（はい・いいえ）

もし はい なら以下を記入して下さい。

治療提供者	場所	電話番号	利用した日、時期

現在利用しているご本人のお薬を記入して下さい。

医薬品名	服用量	服用開始時期	服用の目的	処方者

ご本人は、サプリメントや、ハーブ、代替療法を受けていましたか？（はい・いいえ）
もしそうなら、具体的に記入してください。_____

ご本人は、以前にどんな神経学的検査、医療画像検査、神経心理学的検査、または心理検査を受けました？（はい・いいえ）
もしそうなら、具体的に記入してください。_____

ご本人は今までに、深刻な病気、傷害、交通事故、入院、または手術を受けましたか？（はい・いいえ）

ご本人は、一時的、または慢性的な医学的な障害を持っていますか？（はい・いいえ）

ご本人は、視覚的な問題を持っていますか？（はい・いいえ）

ご本人は、発話、または聴覚的な問題を持っていますか？（はい・いいえ）

ご本人は、身体運動スキル、または手先の不器用さの問題を持っていますか？（はい・いいえ）

ご本人は、ドラッグ、食べ物、ほかの物質への敏感さ、アレルギーの問題はありますか？（はい・いいえ）

もし、いずれかに はい と回答したら、以下のスペースにその内容を記入してください。

ご存知の範囲で、ご本人が使用するものにチェックをしてください。

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> たばこ | <input type="checkbox"/> 睡眠薬 | <input type="checkbox"/> コカイン |
| <input type="checkbox"/> 他種類のたばこ | <input type="checkbox"/> ステロイド剤 | <input type="checkbox"/> ヘロイン |
| <input type="checkbox"/> カフェイン | <input type="checkbox"/> マリファナ | <input type="checkbox"/> 幻覚剤 |
| <input type="checkbox"/> アルコール | <input type="checkbox"/> 処方されていない刺激薬 | <input type="checkbox"/> 他の娯楽用のドラッグ |
| <input type="checkbox"/> 処方されていない痛み止め | <input type="checkbox"/> メタンフェタミン | |

ご本人の睡眠についてもっともよくあてはまるもの全てにチェックをしてください。

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 全く睡眠問題がない | <input type="checkbox"/> 夜に頻繁に起きる |
| <input type="checkbox"/> 寝すぎる | <input type="checkbox"/> 睡眠パターンが規則的でない |
| <input type="checkbox"/> 十分に寝ていない | <input type="checkbox"/> 悪夢、夜驚がある |
| <input type="checkbox"/> 寝つきに問題がある | <input type="checkbox"/> おねしょをする |
| <input type="checkbox"/> 朝早く目覚めすぎる | <input type="checkbox"/> 両親や兄弟と一緒に寝る |

ご本人の活動レベルと運動習慣についてもっともよくあてはまるもの全てにチェックしてください。

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> エネルギーの水準が低い | <input type="checkbox"/> ほとんどの時間外で遊んで／運動している |
| <input type="checkbox"/> 静かさや座った活動を好む | <input type="checkbox"/> 高い活動性 |
| <input type="checkbox"/> 滅多に運動しない | <input type="checkbox"/> 持続的に動いている |
| <input type="checkbox"/> 中程度の活動レベル | <input type="checkbox"/> リラックス、またはよく眠るために多く激しい運動が必要 |

ご本人の食事のとり方についてもっともよくあてはまるもの全てにチェックをしてください。

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 健康な食欲 | <input type="checkbox"/> 食べ過ぎる | <input type="checkbox"/> ジャンクフードを食べ過ぎる |
| <input type="checkbox"/> 食欲は大きく変化する | <input type="checkbox"/> 強迫的に食欲に駆られている | <input type="checkbox"/> 好き嫌いが激しい |
| <input type="checkbox"/> 食べなさすぎる | <input type="checkbox"/> 幅広くごはんを食べる | |

ご本人の家族について当てはまるもの全てに○をつけてください。

- うつ病： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 双極性障害(そううつ病)： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 不安障害： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 強迫性障害： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 恐怖症： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 統合失調症： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 自閉症、またはアスペルガー障害： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 注意欠陥／多動性障害(ADHD)： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 学習障害： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 知的能力障害： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- アルコール／薬物乱用： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- ギャンブル／セックス依存： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 怒りのコントロールの問題： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 摂食障害： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 人格障害： 母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族

発達歴について

ご本人は、出生から乳児の間、健康問題がありましたか？ はい・いいえ
もし、はい と回答したら、以下のスペースにその内容を記入してください。

ご本人は、出生の前にアルコール、医薬品、たばこ、毒薬にさらされましたか？
もし、はい と回答したら、以下のスペースにその内容を記入してください。

ご本人は、4か月目までに他の人々に微笑み、片言を話しましたか？ はい・いいえ

ご本人は、9か月目までに支えなしでお座りができましたか？ はい・いいえ

ご本人は、9か月目までに這い這いをしましたか？ はい・いいえ

ご本人は、12か月目までに少なくとも一言話しましたか？ はい・いいえ

ご本人は、18か月目までに一人で歩けましたか？ はい・いいえ

ご本人は、2年目までに、2語文を話しましたか？ はい・いいえ

ご本人は、2年目までに、簡単な教示に従いましたか？ はい・いいえ

ご本人は、3年目までに、トイレットトレーニングを完了しましたか？ はい・いいえ

最初の5年間、ご本人の主な世話は誰が行いましたか？ _____

今までにご本人は不適切な世話や、ネグレクトを経験しましたか？ はい・いいえ
もし、はい と回答したら、以下のスペースにその内容を記入してください。

ご本人の最初の五年間の情緒をもっともよく表す項目全てにチェックしてください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> いつも陽気、または気楽 | <input type="checkbox"/> 新しい状況において、熱心、勇敢 |
| <input type="checkbox"/> しばしばイライラ／細かいことにうるさい | <input type="checkbox"/> 一般的に落ち着いている／情緒安定している。 |
| <input type="checkbox"/> いつも静かに遊んでいる | <input type="checkbox"/> 興奮しやすいまたは強烈な反応 |
| <input type="checkbox"/> 中程度に活動的 | <input type="checkbox"/> 騒音、光、刺激に非常に敏感 |
| <input type="checkbox"/> 非常に忙しい | <input type="checkbox"/> 刺激に対して容易く我慢できる |
| <input type="checkbox"/> 適応できる | <input type="checkbox"/> よく集中している |
| <input type="checkbox"/> 変化への順応が難しい | <input type="checkbox"/> 容易に注意がそれる |
| <input type="checkbox"/> かなり規則的なスケジュールを守る | <input type="checkbox"/> フラストレーションを感じても持ちこたえる |
| <input type="checkbox"/> 不規則なスケジュールで動く | <input type="checkbox"/> 簡単にあきらめる |
| <input type="checkbox"/> 新しい状況において注意深くなる | |

年齢相応の身の回りのことをを行うためのご本人の現在の能力をもっともよく表す項目にチェックをつけてください。(例:服の着脱、お風呂、ハミガキなど)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 年齢相応の身の回りのことをできない | <input type="checkbox"/> 身の回りのことをするために何度も促す必要がある |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことをすつためにたくさん手伝う必要がある | <input type="checkbox"/> 身の回りのことはかなり自分でする |

他の子どもと関わる時のご本人をもっともよく表す項目全てにチェックを付けてください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 他の子供と遊ぶことに興味がある | <input type="checkbox"/> 少なくとも何人かの望ましい友人がいる |
| <input type="checkbox"/> 他の子供と遊ぶことにほとんど興味がない | <input type="checkbox"/> 親しい友人が実際ほとんどいない |
| <input type="checkbox"/> 社会的で外交的 | <input type="checkbox"/> 輪に入ることが難しい |
| <input type="checkbox"/> はずかしがり屋 | <input type="checkbox"/> 社会的なルールを理解しているように思えない |
| <input type="checkbox"/> 新しい子どもになれるのに時間がかかる | <input type="checkbox"/> いつもリーダー的 |
| <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶのが好き | <input type="checkbox"/> いつも他の子供に従っている |
| <input type="checkbox"/> 自主的に遊ぶことができる | <input type="checkbox"/> 偉そうにしすぎることが多い |
| <input type="checkbox"/> 自主的に遊ぶことが難しい | <input type="checkbox"/> 自立することが難しい |
| <input type="checkbox"/> 他の子どもとうまくやっていくのが難しい | <input type="checkbox"/> 子どもよりも大人とうまくやっている |
| <input type="checkbox"/> 「自分には友達がない」とよく言う | <input type="checkbox"/> 他に_____ |

ご本人は、何の課外活動、または組織にかかわっていますか？

ご本人は、お寺、教会、モスクや、ほかの宗教的な場所に通っていますか？

ご本人は、どんなことに興味がありますか？趣味や余暇活動は何をしますか？

ご本人は、日々、週ごとのどんな責任や雑務をこなしていますか？

ご本人の家族にはどんなルールがあり、ご本人は何をすることを期待されていますか？

ご本人の家族で、どんなタイプの行動的な指導やしつけを使っていますか？

あなたの家族をもっともよく表す項目全てにチェックをしてください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> かなりきっちりとしたルーティンで動く | <input type="checkbox"/> しばしばストレスフルな雰囲気 |
| <input type="checkbox"/> かなりくつろげる、柔軟さがある | <input type="checkbox"/> しつけにおいて、両親はよく肯定する |
| <input type="checkbox"/> 一般的にお互いが協力的 | <input type="checkbox"/> しつけにおいて、両親はよく食い違う |
| <input type="checkbox"/> しばしば議論的な | <input type="checkbox"/> 家族でしばしば一緒に時間を過ごす |
| <input type="checkbox"/> いつも穏やかな雰囲気 | <input type="checkbox"/> 家族で一緒に過ごすことがなかなかない |

それぞれの両親と子どもの関係を以下のスペースに記入してください

ご本人の兄弟と子供の関係を以下のスペースに記入してください。

学問的な歴史

ご本人の現在行っている学校、学年、先生を記入してください。(もし中学校、高校に通っていただければ、ご本人をよく知る先生のお名前を1, 2名記入してください。)

学校名 _____ 学年 _____
先生のお名前 _____

ご本人は学校は好きですか？ いつも、またはよく 時々 ほとんどない

ご本人の現在の成績

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 優 (A or B) | <input type="checkbox"/> 可 (C or D) |
| <input type="checkbox"/> 良 (B or C) | <input type="checkbox"/> 不可 (D or F) |

過去に、病気、けがなどの理由で、どのくらいの学校を休みましたか？

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2週間以下 | <input type="checkbox"/> 5～8週間 |
| <input type="checkbox"/> 2～4週間 | <input type="checkbox"/> 8週間以上 |

ご本人が今までに利用した項目全てにチェックをしてください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> “Babies Can’t Wait” services | <input type="checkbox"/> “Collaborative” classroom placement |
| <input type="checkbox"/> Head Start services | <input type="checkbox"/> Resource room/ small group instruction |
| <input type="checkbox"/> Early Intervention services | <input type="checkbox"/> Exceptional children’s services or IEP |
| <input type="checkbox"/> Speech therapy at school | <input type="checkbox"/> Student assistance services (C.A.R.E.) |
| <input type="checkbox"/> Occupational therapy at school | |

ご本人は、今までに留年をしましたか？ はい ・ いいえ

もし、はい ならば、どの学年でしたか？ _____

幼稚園から小学校2年生までの時期で、ご本人に当てはまる項目全てにチェックをして下さい。

- 社会的、学校適応についての困りごとは何もなかった
 - 勉学上、または学習面の問題
 - 宿題を終えることの問題
 - 学校適応、またはクラスのルーティン、または教師に関する問題
 - 社交的な難しさ
- 困りごと、困難だったことを以下に記入してください。

小学校3年～6年までの時期で、ご本人に当てはまる項目全てにチェックをして下さい。

- 社会的、学校適応についての困りごとは何もなかった
 - 勉学上、または学習面の問題
 - 宿題を終えることの問題
 - 学校適応、またはクラスのルーティン、または教師に関する問題
 - 社交的な難しさ
- 困りごと、困難だったことを以下に記入してください。

中学校の頃で、ご本人に当てはまる項目全てにチェックをしてください。

- 社会的、学校適応についての困りごとは何もなかった
 - 勉学上、または学習面の問題
 - 宿題を終えることの問題
 - 学校適応、またはクラスのルーティン、または教師に関する問題
 - 社交的な難しさ
- 困りごと、困難だったことを以下に記入してください。

高校生の頃で、ご本人に当てはまる項目全てにチェックをしてください。

- 社会的、学校適応についての困りごとは何もなかった
 - 勉学上、または学習面の問題
 - 宿題を終えることの問題
 - 学校適応、またはクラスのルーティン、または教師に関する問題
 - 社交的な難しさ
- 困りごと、困難だったことを以下に記入してください。

お時間をいただき情報提供をしていただきありがとうございました。もしほかに治療者に知っておいてほしい追加情報があれば、下記に書いてください。