_	イン	ノテ	ークシ	ート(ク	ニーム)		記	録者			2024/8/6更新
フリガ:	<i>+</i>					性別	生年月日				歳
本人氏	:名					男					
住所		T						電話(自			
ゲーム	ムの種目	I	日 _{ゲーム} 具体的な種	類〔	インタ・	ーネット		動画視聴	□ その他〔		ر
最終	咚学歴		日 中学 「	□ 高校 □	大学(学部	大学	院 □ その他 (
就党	状況		□ 有職(職	種:)	無職	È		
家族構成	※ キ	ーパ	ーソンの方の	氏名を〇で	囲んでく	ださい					
続柄	氏	名	(同居・)	別居)			住所			連絡先	<u>-</u>
									自宅	_	_
				(同・別)					携帯	_	_
				(同・別)					自宅	_	_
				(161)11)					携帯	_	_
				(同・別)					自宅		
									携帯自宅	_	
				(同・別)					携帯	_	_
				(同・別)					自宅	-	_
				(1 3 /33/					携帯		_
				(同・別)					自宅 携帯		
									自宅		
				(同・別)					携帯	_	_
				/FI 111)					自宅	_	_
				(同・別)					携帯	_	_
精神科	受診歴	Ē	□ あ	ŋ \Box	なし						
	受診	され	 いていた時期]		病	i名		}	病院名	
			〕治療中□						<u> </u>		
			治療中口								
精神科學	以外受	診歴	墜(内科・外	科など		あり		なし			
			ιていた時期 			病	i名		}	病院名	
左	F .	月 ^L	〕治療中□	治癒							
左	Ę.	月 一	〕治療中□	治癒							
左	F .	月 「	〕治療中□	治癒							
左			 〕治療中 [□]								
左	<u></u> ₹ .	月 [[]	□ 治療中□	 治癒							
	F .	月 [□]	 〕治療中 [□]								

ゲームの状況	頻度 1ヵ月 〔	時間
(最近1ヵ月)	費やした金額(課金額)1ヵ月)円ぐらい 誰とプレイ[)
ゲームのきっかけ		
初めてのゲーム	歳から開始 当時の種目 現在の種目	
ゲームにより問題が 見られるようになった時期	歳のとき	
生活上の支障 ※各支障について 本人がどのように思っているかも 確認してください	睡眠時間・昼夜逆転の有無・食事・行動範囲・交友・暴言暴力について	
	遅刻・欠席・成績低下・留年・学校側の見解について	
学業上の支障		
	欠勤・ミス・対人関係について	
仕事上の支障		
	課金・お金や貴重品を盗む・売った経験について	
経済上の支障		
ゲームに没頭する要因		
ゲームをする時のルール		なし
	ルールは守れていたか ロ はい ロ いいえ (理由:	
	家族はどのよう(に対応したか)	
乳幼児健診等の発達で指摘 を 受けたことがある	ロ ある ^{時期と内容}	なし
過去にいじめを受けたこと	ロ ある 時期と内容 本人の様子	なし
	<u> </u>	

利用した相談機関 ※受けたアドバイス等も記入	□ 児童相談所
家族について	口 法テラス 時期と内容 口 その他
ゲームに没頭する前後に 家族の生活の質と関係性 の変化はあったか	
ゲームをプレイすることに ついてどう思いますか	
もともとの親子関係につい て (ゲームに関係なく)	仲の良さ・ケンカの頻度・過干渉など、会話の確認
家族が希望することは何ですか	

●使用歴について 												
時期			デジタル機器(ゲーム機 / PC / スマホ)ゲーム名など			名など	問題発生時期					
年	月	歳										
年	月	歳										
年	月	歳										
年	月	歳										
年	月	歳										
年	月	歳										
年	月	歳										
年	月	歳										
年	月	歳										
年	月	歳										
年	月	歳										
年	月	歳										
●受診のきっ	かけ											
	●治療に対する											
今の気持ち												
●現在の生活	5状況に	こつい	て									
●以下について、必要に応じて当院から連絡をさせてもらってもよろしいですか? I 治療プログラム(本人)のご案内												
□ プログラム参加のお誘い (万が一、通院や治療プログラムへの参加が中断となった場合など)												
	をどのよ	こうにお	お知りになりまし	たか。								
II 他院など: II				Π)	スページ その他 (II 救急	車		
児童相談	所・保険	建所な	どの公共機関	施設() ,	その他()		

ゲームズテスト (GAMES Test)

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	こか			
		0	はい	0	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				
		0	はい	0	いいえ
- \	しゅみ レキだち しん あ たいせつ かつどう たい	. +	トラみ いちじろ :	÷	#:±.
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	味が著しく	トがっ	ったと思い
	ますか	0	はい	0	いいえ
4)	ひびのせいかつ いちばんたいせつ 日々の生活で一番大切なのはゲームですか				
		0	はい	0	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				
		0	はい	0	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か月で30日以上)			
		0	はい	0	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:	っづ を続け	ましたか		
		0	はい	0	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	こころ :心の	_{もんだい。お} 問題が起き で	ていて	こも、ゲーム
	ッジ を続けましたか	0	はい	0	いいえ
9)	でいじつ 平日、ゲームを1日にだいたい何時間していますか				
		0	2時間	未満	
		0	2時間」		
		J	6時間	未満	
		0	6時間」	以上	
		4 -			
		合計	Ī	点	R

評価方法:各質問項目に対する回答の数字を合計する。5点以上の場合、ゲーム依存が疑われる