

問診票

当院では診療をスムーズに行うために、下記の質問にお答えいただいております。差支えない範囲で結構ですので、ご回答をお願いいたします。なお、これらの個人情報は、当院の診療行為に関してのみ使用します。

記入日：西暦 年 月 日 記入者： 本人 その他 ()

氏名	フリガナ	生年月日	西暦 年 月 日 (才)
		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他
住所	〒 (都・道・府・県) (市・区・町・村) 丁目 番 号 [建物名・号室]		
TEL-1	()	※連絡の取れる番号をご記入ください	
TEL-2	()	続柄 ()	※ご本人以外の連絡先をご記入ください

1. 今回の受診は、どなたの意向によるものですか？

自分から 家族のすすめ その他 ()

2. どうやって当院をお知りになりましたか？

インターネット 市役所・保健所 学校教員 学校スクールカウンセラー 家族 知人
医療機関からの紹介(紹介元) その他 ()

3. 初診日に来院されているのはどなたですか？ 本人 父 母 その他 ()

4. 困っていること、症状はどのようなものですか？

5. それはいつ頃からですか？ 思い当たるきっかけはありますか？

6. 小さい頃の様子についてご記入ください

出生地 (都・道・府・県) 乳幼児健診での指摘事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 ()
保育園 (年間) ・幼稚園 (年間) <input type="checkbox"/> 言葉の遅れ <input type="checkbox"/> 一人遊びが多い <input type="checkbox"/> 集団になじめない <input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> 療育を受けた <input type="checkbox"/> 発達の遅れを指摘された (歳時・内容 :)
4～5歳頃に好んだ遊び ()

7. 学歴と当時の友人関係の様子を、最終学歴まで順にご記入ください。

	学校名	成績	友達関係・その他特記事項（通級・支援級・不登校・転校・いじめなど）
小学校		上・中・下	
中学校		上・中・下	
高校		上・中・下	
大学		上・中・下	
		上・中・下	

8. 職歴（アルバイト等も含む）を順にご記入ください。 ※お子様以外の方

勤務していた年齢	職場・業種	雇用形態
()歳～()歳頃		正社員・アルバイト・その他

9. これまでの相談先と相談内容をご記入ください。（医療機関以外で、学校、発達相談センター、教育センターなど）

10. これまでかかったことのある医療機関について、体の病気やケガ等も含めご記入ください。

時期	医療機関（診療科目）	病気の名前
()歳～()歳		

11.同居または近い家族についてお聞かせください。

続柄	年齢	本人との同居	職業	特記事項
父		同居・別居		
母		同居・別居		
		同居・別居		

12.ご家族やご親族で精神科・心療内科・神経科などにかかったことのある方がいればご記入ください。
(本人との関係性・時期・病気の名前など)

13.現在の健康状態についてお答えください。

睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 寝つけない <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める <input type="checkbox"/> 早朝に目が覚める <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 日中の眠気 <input type="checkbox"/> 睡眠時間が不規則 布団に入る時刻： 入眠時刻： 起床時刻：
食事	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 体重が減少した(カ月で kg)
アレルギー	薬のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() その他のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
生理	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> しばらく来ていない (最終月経： 年 月頃)

14.現在お飲みになっている薬はありますか？(あればお薬手帳を受付にご提示ください。)

いいえ はい(薬の名前：)

15.好きなこと、趣味