

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	☐ 男 ☐ 女 ☐ その他			学年	
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（ ）

☐ 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	☐ なし ☐ 有（
保育園（	年間）・幼稚園（
☐ 言葉の遅れ	☐ 一人遊びが多い
☐ 集団になじめない	☐ こだわりが強い
☐ 療育を受けた	
☐ 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
() 歳 ～ () 歳 頃		正 社 員 ・ アル バ イ ト ・ そ の 他
() 歳 ～ () 歳 頃		正 社 員 ・ アル バ イ ト ・ そ の 他
() 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）

☐ 相談歴無し

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	治療内容
（ ）歳 ～ （ ）歳			
（ ）歳 ～ （ ）歳			
（ ）歳 ～ （ ）歳			
（ ）歳 ～ （ ）歳			

11.同居または近い家族についてお聞かせください。（兄弟姉妹 ☐ なし）※ありの場合下記に記載

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		
		同居・別居		
		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）

☐ 該当者無し

13.現在の健康状態についてお答えください。

身長	cm	体重	kg
睡眠	☐ 良好 ☐ 寝つけない ☐ 夜中に目が覚める ☐ 早朝に目が覚める ☐ 眠りが浅い ☐ 日中の眠気 ☐ 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	☐ 食欲不振 ☐ 体重が減少した（ カ月で k g） ☐ 過食気味 ☐ 特に変化なし		
アレルギー	薬のアレルギー ☐ なし ☐ あり（ ） その他のアレルギー ☐ なし ☐ あり（ ）		
生理	☐ 順調 ☐ 不順 ☐ しばらく来ていない（最終月経： 年 月頃） ☐ まだ始まっていない		
妊娠・授乳	☐ 現在妊娠中である（妊娠 週） ☐ 現在授乳中である		

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

16. マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

☐ いいえ☐ はい

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お願いいたします。

—ご協力ありがとうございました—