

問診票

当院では初診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。
分かる範囲で結構ですので、ご回答をお願いします。

なお、ご記入いただいた個人情報は、当院での診療行為に関してのみ使用いたします。

ふりがな	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
お名前	男・女	体重	kg
ご住所 〒			
ご連絡先 自宅	携帯		
ご職業			

◆相談したい事、困っている事はどんなことですか。
いつ頃から；

◆服用している薬がありましたらご記入ください。

◆これまでに医療機関に相談された事がありますか。

医療機関名 () 期間 年 月 ~ 年 月

◆健康状態

睡眠： よい ・ 悪い (寝つきが悪い ・ 夜中に何度も起きる)

食欲： ある ・ ない

アレルギー： ない ・ ある (いつ頃から)

喫煙： 吸わない ・ やめた ・ 吸う (一日 本)

飲酒： 飲まない ・ 飲む (毎日 ・ 週に 回 ・ 月に 回)

大きなけがや病気： ない ・ ある ()

持病： ない ・ ある ()

生理不順： ない ・ ある ()

※2枚目のご記入もお願いします。

◆家族構成

父	歳	職業：		健康状態：
母	歳	職業：		健康状態：
きょうだい	歳	男・女	お子様	歳 男・女
	歳	男・女		歳 男・女
	歳	男・女		歳 男・女
配偶者	なし ・ あり	歳 職業：		健康状態：

上記以外に、同居しておられるご家族はいらっしゃいますか。 ()

精神科・心療内科にかかれたことのあるご家族はいらっしゃいますか。 ()

◆出生時、幼児期、ご自分の性格や特徴についてお尋ねします。

当てはまる箇所にご記入、○を付けてください

妊娠中・出産時の異常 ない ・ ある ()

出生体重： g

医療機関名：

1歳6か月健診での指摘 ない ・ ある ()

3歳児健診での指摘 ない ・ ある ()

視線が合いにくい ・ 言葉がなかなか増えない ・ 迷子になりやすい
独語、独り遊びが多い ・ 道順、物の位置にこだわる ・ 緊張しやすい
忘れ物が多い ・ こだわりが強い ・ 心配性 ・ 気が弱い ・ 短気 ・ おおらか
友達が少ない ・ 人づきあいが好き ・ 人づきあいが苦手 ・ 不登校
園、学校、職場でのトラブルがある
その他、何かありましたらご記入下さい。

ご協力ありがとうございました。受付へお出しください。 Kこどもクリニック