

✿問診票✿

急患の方がいらした場合は、お話を一旦中断させていただくことがあります。

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	年 月 日 (歳)		
お名前	男	女	
ご住所 〒			
ご連絡先 携帯	自宅		
幼稚園・保育園児 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 大学生 ・ 社会人 (ご職業：)			

◆相談したい事、困っている事はどんなことですか。

◆現在飲んでいる、または使用している薬はありますか？

◆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(花粉症・食物・薬剤)： ない ・ ある ()

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。

生まれた時の体重 () g 医療機関名 ()

生まれた時の異常： なし ・ あり 黄疸・呼吸障害・感染症・その他 ()

妊娠中のお母さんの状態： 異常なし ・ 異常あり ()

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。

◆当院は院外処方となっております。お薬が出た場合薬局はどちらにしますか？

当院向かいの側の青りんご薬局 ・ かかりつけの薬局

ご協力ありがとうございました。受付へお出してください。

Kこどもクリニック