

問診票 -子ども用-



来院されましたら、こちらの問診票と保険証等を受付へ提出ください。他院からの紹介状等も受付へお渡しください。

ご記入いただいた個人情報は、当院での診療行為にのみ使用いたします。事前にご相談者様の同意なく第三者に開示、情報の漏えいをすることはありません。

また、医療費請求に必要な書類(保険証等)を複写させていただいております。同意いただけない場合は、受付へお申し出ください。なお、複写した書類は請求事務以外の用途に用いることはありません。

記入者： 本人 ・ 父 ・ 母 ・ その他 () 記入日： 年 月 日

ふりがな			身長:()cm ・ わからない	男 ・ 女
氏名			体重:()kg ・ わからない	
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年 月 日 ()歳		
職業		最終学歴		
ご住所	〒 都・道 府・県 ご自宅へ郵送する際に、クリニックの名前の入った封筒を使用してもよろしいですか(はい ・ いいえ)			
連絡先	ご自宅	携帯	[本人・父・母・その他()]	
	クリニックの名前を出してお電話してもよろしいですか(はい ・ いいえ)			

■当院をどちらでお知りになりましたか。

ホームページ ・ 紹介 () ・ 以前に橋本医師の診察を受けていた ・ その他 ()

■今回どのようなことでお困りでしょうか。

それはいつ頃からですか。()年()月頃から

■これまで、かかったことのある医療機関を教えてください。

医療・相談機関名	病名	期間
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月

■どなたが受診を希望されましたか。もしくは受診を勧められましたか。(複数回答 可)

本人 ・ 父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ きょうだい()

学校の先生 ・ スクールカウンセラー ・ 保健師 ・ その他 ()

■治療上、考慮すべき信仰やご事情はありますか。 あり ・ なし

■現在の状態についてお尋ねします。

睡眠: よい ・ 悪い (寝つきが悪い ・ 夜中に何度も目が覚める ・ 早朝に目が覚める)

食欲: ある ・ ない

気になる癖: 爪かみ ・ 指しゃぶり ・ 偏食 ・ 性器いじり ・ チック ・ その他()

気になる行動: 収集癖() ・ ゲーム/インターネット/スマートフォンへの没頭 ・ 暴力/暴言
その他()

習い事: していない ・ している → 週()回

■これまでに経験した病気についてお尋ねします。(複数回答 可 ○をつけてください)

入院経験: ない ・ ある → ()

既往歴: 熱性けいれんやひきつけ ・ 頭を強くうつ ・ 気を失う ・ てんかん

高血圧 ・ 心臓疾患() ・ 脳神経系疾患() ・ 糖尿病 ・ アナフィラキシー

その他()

アレルギー: ない ・ ある

花粉 ・ アルコール ・ 卵黄/卵白 ・ 甲殻類() ・ 乳製品()

魚 ・ 貝 ・ ソバ ・ 小麦 ・ 添加物() ・ 肉()

果物() ・ その他()

薬剤アレルギー・副作用: ない ・ ある

鎮痛剤() ・ 風邪薬() ・ 抗うつ薬()

向精神薬() その他()

常用薬: ない ・ ある ()

■女性の方のみお尋ねします。○をつけてください。

・現在、妊娠されていますか。 はい ・ いいえ ・ わからない ・ 授乳中

月経: 順調 ・ 不順(いつ頃から) ・ ない

■生まれた時のことについてお尋ねします。

妊娠中・出産時の異常所見 ない ・ ある () ・ わからない

在胎 週 安産 ・ 難産 出生時体重 _____ kg

体外受精: ない ・ ある 陣痛誘発剤使用: ない ・ ある 帝王切開: ない ・ ある

保育器使用: ない ・ ある(期間) 光線療法: ない ・ ある(期間)

裏へつづく

■発達の様子についてお尋ねします。 ご記入、ならびに○をつけてください。

首がすわる：_____か月 1人で歩く：_____歳 _____か月 授乳： 母乳 ・ 混合 ・ 人工

初めて言葉(まんま、ぶーぶ 等)を話した：_____歳 _____か月 ()

人見知り： ない ・ ある _____か月 後追い： ない ・ ある _____か月

1歳6か月児健診での指摘 ない ・ ある ()

3歳児健診での指摘 ない ・ ある ()

■就学前から現在にかけて利用された、もしくは利用されている専門機関（保健所・療育センター 等）
はありますか

専門機関	行っていること	期間
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月

■幼児期に次のようなことはありましたか。○をつけてください。（複数回答可）

視線があいにくい ・ 言葉がなかなか増えない ・ 独語が多い ・ 迷子になりやすい

独り遊びが多い ・ ぐるぐる回る ・ つま先で歩く ・ 道順や物の位置にこだわる

ミニカーなどをきれいに並べる ・ 回転物(タイヤ・換気扇等)を眺める ・ 特定のマークやCMが好き

■ご家族についてお聞きします。

・父 _____歳 職業： _____ 健康状態： _____

・母 _____歳 職業： _____ 健康状態： _____

・きょうだい（ご本人は除く）_____人

男 ・ 女 _____歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

男 ・ 女 _____歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

男 ・ 女 _____歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

男 ・ 女 _____歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

男 ・ 女 _____歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

・同居しておられるご家族にすべて○をつけてください。

父 ・ 母 ・ きょうだい _____人 ・ 祖父(父方・母方) ・ 祖母(父方・母方)

その他 ()

■ご家族・ご親戚の中に、次の病気にかかった・かかっている方はいますか。あてはまるものに○を付けてください。

うつ病 ・ 双極性障害 ・ 統合失調症 ・ 自閉性障害 ・ 注意欠陥多動症 ・ 学習障害
知的障害 ・ その他の精神疾患()

高血圧 ・ てんかん ・ 心臓疾患() ・ 糖尿病 ・ くも膜下出血
その他の病気()

質問は以上です。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。