

問診票(中学生以下)

記入日： 年 月 日

氏名：

◎問診票を記入されている方のお名前と関係 (ご本人以外の場合)氏名 関係
◎本日こちらに来られたのは、どなたの希望ですか？ →家族の勧め・学校の勧め・職場の勧め・その他()
◎どのような症状・状態がお困りで受診されましたか？(必ずご記入ください) 年 月頃、または 歳頃から
◎症状やお困りの状態の原因やきっかけについて、思い当たることはありますか？ (はい・いいえ) →「はい」の場合：
◎現在、治療中の病気、アレルギーはありますか？(はい・いいえ) →「はい」の場合：
◎今までにお薬や注射などで、副作用やアレルギーがあればお書きください。 薬剤() 症状()
◎乳幼児健診で発達の遅れなど指摘されたことはありますか？(はい・いいえ) →「はい」の場合：
◎ご家族の構成についてお書きください。 父()歳 職業() 母()歳 職業() 兄弟(姉妹)は、()人で()番目 現在はどなたと同居されていますか？()
◎ご両親・ご兄弟(姉妹)・親戚の中で心療内科や精神科にかかられた方はおられますか？ ※ある場合には、どなたがどのような病気でかかられたかを教えてください。
◎当クリニックをどちらでお知らせになりましたか？ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 役所や学校ですすめられて <input type="checkbox"/> 他の医療機関ですすめられて <input type="checkbox"/> 当クリニックのホームページを見て <input type="checkbox"/> スマホ・携帯のホームページを見て <input type="checkbox"/> クリニックを見て <input type="checkbox"/> その他()

以上です。ご協力いただき、どうもありがとうございました。

