問診票（一般用）

ふりがな

お名前　（　　）　性別（男・女）

生年月日　昭和・平成・西暦（　　）年（　　）月（　　）日　満（　　）歳

〒　　-

住所：

自宅TEL：

日中の連絡TEL：　　ご本人・母・父・その他（　　）

ご連絡時にクリニック名を申し上げてよろしいですか？　はい・いいえ

学年と在籍学校名・ご職業と勤務先：

◎家族構成についてご記入ください。

ご本人との関係	名前	年齢（学年）	職業（学校名）	同居
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無

◎今困っていること・相談したいことはどんなことですか。具体的にご記入ください。

◎今回、当院での診療に一番期待していらっしゃることを教えてください。

診断　・　心理発達検査　・　お薬の処方　・　心理カウンセリング　・　療育相談

言語訓練　・　キャリアカウンセリング　・　生活カウンセリング　・

グループセラピー　・　その他（　　）

◎当院をどのようにお知りになられましたか？

紹介（紹介元：　　）、ホームページ、その他（　　）

＊　生活背景を把握して診療に役立てるために、一部立ち入ったご質問もございます。ご了承ください。

◎今までかかったことのある病気などについてご記入ください。

①　　歳（　　）　　②　　歳（　　）

＊食物/お薬のアレルギーはありますか？　なし・あり（内容：　　）

＊ひきつけ　　なし・あり（時期・内容：　　）

＊頭部外傷　　なし・あり（時期・内容：　　）

＊利き手　　右利き・左利き

＊初潮　　未・　　歳（月経　　規則正しい・不規則）

＊内服中のお薬
　なし・ある　（薬剤名　　）

◎現在の身長　　cm　　体重　　kg

◎今まで他の医療機関や相談機関に相談されたことがありますか。　　はい・いいえ

・　　歳（機関名：　　担当者：　　）
　（指導や治療の内容・結果：　　）

・　　歳（機関名：　　担当者：　　）
　（指導や治療の内容・結果：

◎次の検査を受けたことがありますか。

＊脳波検査　　なし・あり（　　歳）（結果：　　）

＊CT・MRI　　なし・あり（　　歳）（結果：　　）

＊知能検査　　なし・あり（　　歳）（結果：　　）

＊心理検査　　なし・あり（　　歳）（結果：　　）

＊その他（　　）（　　歳）（結果：　　）

◎最後にご卒業になられた学校は

◎その他、医師に伝えたいことやご希望がありましたらご記入ください。

以上です。いまいちど、記入漏れがないかご確認くださり、よろしければ初診当日に直接受付へ提出されるか、下記までＦＡＸしてください。

本内容は診療以外の目的に使用しません。

はやかわこころのクリニック一社　FAX 052-704-5562