

問診票（18歳未満、不登校外来用）

このたびは当院の診察をご予約くださり、誠にありがとうございます。

問診票にご記入の上、下記の『お持ちいただくもの』と一緒に、受診の日にお持ちください。

* お持ち頂くもの：

保険証、医療証（東京都のみ）、問診票、紹介状（お持ちの方）。お持ちでしたら、母子手帳、保育園・幼稚園の連絡帳、学校の成績表等の複写をお持ちください。

問診表にご記入ください。不明な点は空欄でもかまいません。

1. 記入者 _____ 記入日 _____ 月 _____ 日 : 記入者【 _____ 】
ふりがな（ _____ ）
2. 受診者名 _____ 普段呼ばれている愛称 _____
3. 住所 〒 _____
4. 連絡先 自宅 _____
携帯電話（父） _____
携帯電話（母） _____
5. 受診するお子さんの生年月日 平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
6. 性別 男 女
7. 身長 _____ cm 体重 _____ kg
8. 利き手 右 左 両利き
9. 当院をどちらで、またはなにでお知りになりましたか
（ _____ ）
10. 相談したいこと、お困りのこと、ご質問等をご記入ください。

ご本人の成育歴についてお伺いします

11. お母さまが妊娠中にあてはまることがありましたら、をつけてください。
- 妊娠中毒症 切迫流産・早産 感染症（ _____ ）
 飲酒 喫煙 服用薬物（ _____ ）
12. 出生時のことについてご記入ください。
- 在胎 _____ 週 _____ 日 出生時体重 _____ g
- 自然分娩 帝王切開 鉗子・吸引分娩 臍帯巻絡
 新生児黄疸 保育器の使用（ _____ ）日 その他（ _____ ）

13. 発達について

- ・首のすわり _____ カ月
- ・寝返り _____ カ月
- ・つかまり立ち _____ カ月
- ・ひとり歩き _____ カ月
- ・はじめての意味ある言葉 _____ カ月

ご本人の受診歴・治療歴についてお伺いします

14. 今までにかかったことのある病気やけがについて、☑をつけてください。

- 熱性けいれん てんかん 頭部外傷
- アレルギー（食べもの、薬、その他）： _____
- 入院した病気やケガ（年齢）： _____
- そのほか、継続して治療を受けた病気など： _____

15. これまでの相談の経験・受診歴に関してご記入ください。

年月～ 年月	受診（相談）先名	治療または相談内容
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		

16. 教育についてご記入ください。

	通学先	クラス・専攻など
幼稚園・保育園		
療育 センターなど		
小学校		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 特別支援級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 不登校
中学校		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 特別支援級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 不登校
高等学校		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 特別支援級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 不登校

実父母についてお伺いします

18. 職業・勤務先

父 職業： _____ 勤務先： _____

母 職業： _____ 勤務先： _____

19. 最終学歴

父 学校名： _____

- 中学 高校 専門学校 短大・高専 大学 大学院

母 学校名： _____

- 中学 高校 専門学校 短大・高専 大学 大学院

婚姻関係

- 婚姻継続中 別居 離婚 父死別 母死別
 その他(_____)

21. 継父母・養父母がいらっしゃいましたらご記入ください。

(_____)

22. ご家族についてご記入ください。

お名前	年齢	続柄	職業 学校	同居の 有無	病気の名前
		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 継父		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 継母		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

		父方祖父		無 有	
		父方祖母		無 有	
		母方祖父		無 有	
		母方祖母		無 有	

ご記入ありがとうございました。当日のご来院お待ちしております