

問 診 票

日本橋サックリニック

記入日 年 月 日

記入者 (続柄:)

(ふりがな) お名前		性別 <input type="checkbox"/> 男児 <input type="checkbox"/> 女児	生年月日 平成・令和 年 月 日	年齢 歳
本日はどのようなことがお困りで 受診されましたか？		現在ご同居されている ご家族を教えてください。 <input type="checkbox"/> 父 () 才 <input type="checkbox"/> 母 () 才 <input type="checkbox"/> 兄 (人) <input type="checkbox"/> 姉 (人) (.) 才 (.) 才 <input type="checkbox"/> 弟 (人) <input type="checkbox"/> 妹 (人) (.) 才 (.) 才 <input type="checkbox"/> 祖父 () 才 <input type="checkbox"/> 祖母 () 才 <input type="checkbox"/> その他 ()		
現在通っている学校、幼稚園、保育園				
学校名	年生			
今まで小児科・児童精神科・心療内科におかかりになったことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
ある方はいつ頃からどちらの医療機関におかかりでしたか。 診断名や処方されていたお薬もあわせてお書きください。				
期間	病院名	診断名	処方されていたお薬	
年 月頃～ 年 月頃まで				
年 月頃～ 年 月頃まで				
現在内服しているお薬はありますか？ ある方はお薬名をお書きください。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
今まで出たことのある症状で当てはまるものにチェックしてください。 症状のあった時期をお書きください。				
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん (才 ヶ月)		<input type="checkbox"/> てんかん発作 (才 ヶ月)		
<input type="checkbox"/> チック症状 (才 ヶ月)				
現在あるいは過去に精神科・心療内科受診されているご家族はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない				
いらっしゃる場合どなたがおかかり(だった)かお書きください。				
どなたが	症状/診断名	どのような治療をしたか		

お薬や食べ物でアレルギーが起きたことがありますか？ ある ない

生まれた時についてお伺いします。

出生体重 () グラム
出生時期 満期産 37週未満 42週以上
分娩方法 正常分娩 帝王切開 吸引分娩
保育器の有無 なし あり
児の状態 問題なし 新生児仮死 黄疸
その他 ()

乳幼児期についてお伺いします。

首のすわり () ヶ月 はいはい () ヶ月
一人で歩く () 才 ヶ月)
初めて言葉を話す () 才 ヶ月)
二語文 () 才 ヶ月)
今まで検診で問題を指摘されたことがありましたか？ ある ない
ある方はいつの検診でどのようなことを指摘されたかお書きください。

集団生活についてお伺いします。

これまで通ったことがあるところにチェックしてください

保育園・保育所 ⇒ () 才 ヶ月～)

幼稚園 ⇒ 2年保育 3年保育

小学校
↳ 普通級 特別指導学級 特別支援学校
↳ 固定学級 通級指導学級

中学校
↳ 普通級 特別指導学級 特別支援学校
↳ 固定学級 通級指導学級

高等学校・高専 () 高等学校 () 科

集団生活のなかで問題を感じたことがありますか？

登園・登校をしづる 不登園・不登校 先生からの問い合わせが多い
けんか・トラブルが多い 集団に入れない その他
多動で落ち着かない 一人遊びが多い ()
こだわりが強い 指示に従えない
友達が少ない いじめ

日常生活についてお伺いします。

好きなことはなんですか？

得意なことはなんですか？

睡眠時間はどれくらいですか？

時間程度 (時 ~ 時)

現在の身長・体重はいくつですか？

cm kg くらい

本日の診察で特にご希望されることはありますか？

当院をどちらでお知りになりましたか？

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インターネット | <input type="checkbox"/> ご紹介 () より |
| <input type="checkbox"/> 知人の勧め | <input type="checkbox"/> 通りがけに看板を見て |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

以下は女子の方のみお答えください。

月経についてお伺いします

まだ初来していない

あり ⇒ 初潮年齢 () 才

質問は以上です。ご記入ありがとうございました。