

問 診 票

日本橋サンクリニック

記入日 年 月 日

(ふりがな) お名前		性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 平成 年 月 日	年齢 歳
本日はどのようなことでお困りで 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はどちらですか 学校名		年生		
今までどちらか医療機関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病院におかかりだったかお書きください。 診断名と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				
ご家族で精神科や心療内科におかかりだったことがある方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ある方はどなたがおかかりだったかお書きください。				
どなたが		診断名		
体重の増減はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方は下記項目にチェックをお願いします <input type="checkbox"/> ここ2～3ヶ月 <input type="checkbox"/> 2～3キロほど <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> ここ半年 ⇒ <input type="checkbox"/> 5キロほど ⇒ <input type="checkbox"/> ここ1年 <input type="checkbox"/> 10キロ以上 <input type="checkbox"/> 減った				
睡眠でお困りのことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方は当てはまる項目にチェックしてください。(複数チェック可) <input type="checkbox"/> なかなか眠りにつけない <input type="checkbox"/> 長く寝ても疲れがとれない。 <input type="checkbox"/> 寝ている途中で何度も目覚めてしまう。 <input type="checkbox"/> 日中 眠気が強い <input type="checkbox"/> 朝早くに目が覚めてしまう。 <input type="checkbox"/> その他 ()				

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ある ない

以下は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・登校をしぶる 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

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？

インターネット ご紹介 () より
知人の勧め 通りがけに看板を見て
その他 ()

以下は女性の方にお聞きします。

月経不順はありますか？ 順 不順

初潮は何歳でしたか？ () 歳

質問は以上です。ご記入ありがとうございました。