

問診票記入のお願い

当院での受診が初めての患者様には、医師による診療の前に予診を兼ねて、ご相談の内容等を頂戴しております

記入日（西暦 年 月 日）
 記入者（○を付けてください） ご本人 ・ 代筆者（関係： ）

本日受診される方の <small>ふりがな</small> お名前				男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日	年齢・学年	歳（ 年生）	
住所	〒 _____			
連絡先	ご希望の連絡先に○を付けてください （自宅） _____ ・ （携帯） _____ ご記入頂いた携帯の番号は ご本人のものですか？ はい ・ いいえ（ _____ のもの）			
家族構成	続柄（年齢・職業・学年など）※同居の方は続柄に○をしてください			
	例：3人暮らし (父)(40・会社員) (母)(38・主婦) (本人)(12・小6) ()人暮らし			
当院を受診されたきっかけ 該当する番号に ○を付けてください （複数可）	1. ()にすすめられて 2. 本人が受診したいと思って 3. ()が受診して欲しいと思って 4. ホームページ()が探して) 5. 知人に聞いて()が ()に聞いて) 6. その他()			

【児童思春期外来】

紹介状はお持ちですか？	いいえ・はい（ ）より
① ご本人の身長（ ）cm 体重（ ）kg	
② 受診当日に来られる方はどなたですか？（本人、父、母、他 ）	
③ ご相談内容を教えてください （お困りの事について、いつから、どのように等、できるだけ詳しくお書きください）	
④ これまでの医療・相談機関で言われたこと、そこでの治療内容を教えてください （できるだけ詳しくお書きください）	
⑤ ご相談内容（お困りの事）に、今まで誰が、どのような対処をされてきましたか？	
⑥ もし、そのご相談内容（お困りの事）が落ち着いている時があるならば、それはどんな時ですか？	
⑦ ご本人の「売り（いいところ）」はどんなところですか？	
⑧ これまでに大きな病気をされたり、アレルギーはありますか？ いいえ・はい（ ）	
⑨ 現在、服薬されていますか？ いいえ・はい（お薬の名前・用量 ）	

⑩ ご家族、ご親戚の方で精神科や心療内科を受診された方はいらっしゃいますか？

いいえ・はい（診断名/症状： 本人との続柄： ）

⑪ ご利用されている福祉資源に○を付けてください。（ ）内は等級をご記入ください

なし ・療育手帳（等級： ）・精神障害者手帳（等級： ）・自立支援医療

その他（ ）

⑫ 今回の診療で特にご希望されることがあれば○を付けてください（複数可）

- ・医師の意見を聞きたい ・話を聞いてもらいたい ・診断を知りたい ・診断書がほしい
- ・かかりつけ医を探している ・心理検査/発達検査をしてほしい（所見代 7000 円～ ）
- ・お薬（処方・必要かの判断）の相談をしたい ・セカンドオピニオン
- ・福祉資源（特別児童扶養手当・精神障害者手帳・障害年金など）の相談をしたい
- ・心理士のカウンセリング、療育（ABA）を受けたい

（初回 60 分 8000 円 ・ 2 回目以降 30 分 4000 円または 60 分 8000 円）

その他の希望があればできるだけ詳しくお書きください

[]

※ご本人の年齢、症状、状態によっては、ご希望に添えない場合もございます

⑬ ご予約の日時： 西暦 年 月 日（ 曜日） 時 分

注意事項：予約の変更・キャンセルをされる場合は前日（前日が休診日の場合は直近の診療日）のお
昼 12 時半までにご連絡ください。当日は 20 分前にはご来院ください。

当院の個人情報利用に関する同意書

・個人情報につきましては医療提供、診療費請求のための事務、当院の管理運営業務、外部監査
機関などへの情報提供の利用する事があります

・診療や検査、カウンセリングでは、看護師または心理士、研修生が同席する事があります

ご確認の上、ご同意いただけましたら下記に、ご署名をお願いいたします

尚、同意しがたい項目がある場合はお申し出ください

ご本人または保護者署名

（続柄： ）

お手数をおかけいたしますが、上記必要事項をご記入の上、受診日 2 日前までに当院へ
FAX をお願いいたします。FAX が難しい場合は当日に受付までお持ちください。
ご協力ありがとうございました

