

問診票記入のお願い

当院では、初めてお越しの患者様には、医師による診察の前に予診を兼ねて、あらかじめご相談の内容等を頂戴しております。

記入者（○をつけてください） ご本人 ・ ご家族（続柄 ）

本日受診される方の <small>ふりがな</small> お名前				男 ・ 女
生年月日	平成 年 月 日	年齢・学年	歳（ 年生）	
ご住所	〒			
お電話番号	連絡して欲しい方に○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：4人暮らし ①（父）（40・会社員） ②（母）（38・主婦） ③（本人）（12・小6） ④（弟）（5・年長）			
当院を受診されたきっかけ	紹介（医療・相談機関名： ） ホームページ（ が探して） 知人に聞いて（ が知人に聞いて） その他（ ）			
紹介状はお持ちですか？	いいえ ・ はい（ ）より			
① ご本人の身長・体重	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

(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

(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、どういう対処をしてきましたか?

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、アレルギーなどはありますか?

ない・ある()

⑨ 現在、服薬されていますか?

いいえ・はい(そのお薬の名前)

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?

いない・いる(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○をつけてください。()内は等級をご記入下さい
なし・療育手帳()・精神障害者手帳()・自立支援医療
その他()

⑫ 今回の診察で特に希望されることがあれば○をつけてください(複数可)
医師の意見を聞きたい・話を聞いてもらいたい・セカンドオピニオン
心理検査/発達検査をしてほしい・薬を出してほしい・他院での処方調整してほしい
心理士のカウンセリングを受けたい・心理士の療育(ABA)を受けたい
(初回 60分 8000円 ・ 2回目以降 30分 4000円 ・ 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 : 平成 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\(前日が休診日の場合は直近の診療日\)お昼の12時半までにご連絡ください。当日は15分前にはご来院ください。](#)

当院予約システムと個人情報の利用に関する同意書

※必ずお読み下さい。

・当院ホームページより「当院のシステムについて」をご確認とご理解をいただき、診療させていただきます。

・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、外部監査機関への情報提供などの利用目的以外での使用はいたしません。

・当院では看護師、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。

なお、同意しがたい項目がある場合はお申し出ください。

患者様署名または代筆者署名

(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、受診日前日までに当院へFAXしてください。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。