

問 診 票

ID

記入者 本人・父・母・その他() 記入日 平成 年 月 日

ふりがな		平成 年 月 日生まれ ()歳
子どもの名前		性別 男 女
学校・学年	未就園・保育園・幼稚園・小学校・中学校 ()年生 校(園)名() <input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> 通級指導教室 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 情緒障害学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> その他	
ご住所	〒	
連絡先	自宅電話	携帯電話 (本人・父・母・その他)
	Email:	希望の連絡方法(自宅電話・携帯電話・メール)

◆今回受診されるのは、どのような心配や問題のためでしょうか？また、それはいつごろから気になっていますか？

◆今までに医療機関や相談機関で、相談をしたり、治療や療育を受けたことはありますか？ なし・ある

医療機関や相談機関名	何歳ごろ	どのぐらいの期間？	主な内容

◆ご家族についてお聞きます。同居している人に○を付けてください。

父	歳	職業	父方祖父	歳
母	歳	職業	父方祖母	歳
きょうだい	歳 男・女		母方祖父	歳
	歳 男・女		母方祖母	歳
	歳 男・女		その他	
	歳 男・女			

精神科や心療内科などにかかっているご家族、ご親族のかたはいらっしゃいますか？ いない・いる

◆当クリニックに希望することや、特に配慮してほしいことはありますか？

◆当院のことはどちらでお知りになりましたか？ ホームページ 通りすがり 知人から その他()

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。記入の上、初診時にお持ちください。