

初診問診用紙 小児・青年期用

あらいクリニック

フリガナ
お名前 _____ 生年月日 _____ 年齢(学年) _____ ()

記入者のお名前 _____ 本人との関係 _____

住所〒 _____ 連絡先 _____

当てはまるものに○して記入の上、初診時にお持ちください。お薬手帳等をお持ちの方は併せてご持参ください。

1: どこがお悪いのですか？

2: それが始まったのはいつからですか？

3: 何か思い当たる原因がありますか？→ [ない・ある・わからない] ある場合はどのようなことですか？

4: そのことで生活上困るのはどのようなことですか？

5: 今回の受診は主にどなたの希望、勧めですか？→ [本人・家族・両方・その他 ()]
本人は診察の必要があると感じていますか？→ [感じている・感じていない・わからない]6: このことで他の病院・診療所を受診したことがありますか？→ [いいえ・はい]
いつ頃 [] 病院・診療所名 []
服薬中のお薬はありますか？(名前・mg数・飲み方) []
紹介状や検査結果をお持ちですか？→ [いいえ・はい]7: 上記以外に精神的な不調で受診をしたことがありますか？→ [いいえ・はい]
その時の医療機関名、時期や期間、飲んだお薬名や副作用の有無、通院の結果など、ご記入ください。8: これまでにした大きな病気や怪我、現在治療中の身体的な病気はありますか？→ [いいえ・はい]
医療機関名 [] 病名 []
現在服薬している薬(名前・mg数・飲み方) []
薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか→ [はい・いいえ] → [原因]

9: 日常生活についてうかがいます。

* 睡眠は→元々は [] 時頃に就寝し、[] 時頃に起床。

現在は [] 時頃に就寝し、[] 時頃に起床。

睡眠の質は→ [・眠れる・寝付きが悪い→入床してから () 時間くらい寝付けない

・途中で何度も目が覚める→ () 回くらい・早くに目が覚める→ () 時頃]

* 食欲は→ [普通・旺盛・ない] 便通は→1日 [] 回くらい。

* 身長→ [] cm 体重→ [] kg 急激な体重の増減→ [なし・あり→ 減 ・ 増]

10：ご本人についてうかがいます。

* 教育歴：学校名や、転校／退学などがあればその時期も記入してください。

幼稚園・保育園 [] [() 歳から・年少から・年中から・年長から入園]

小学校 []

中学校 []

高校 []

* 転居歴：何歳から何歳まで、どこで生活していたか、及び同居者が現在と異なる場合は記入してください。

* 趣味・特技：好きなことや自信があること、習いごとや課外活動について教えてください。

* 性格：

11：家族構成についてうかがいます。

* [] 人兄弟の [] 番目。兄弟構成（年齢も） []

* ご両親は→ [健在・死亡→ () が () 年に () のため]

* 現在同居している家族はどなたですか？年齢もお書きください。

[]

* 血縁の方で精神的なことで不調になったり、受診をされたことがある方はいらっしゃいますか？

→ [いない・いる] → [どなた () がいつ頃 () どのようなことで？ ()]

12：その他受診にあたり特に希望することなど、必要なことがあればお書きください。（別にご自身で書かれたメモやまとめなどを持参されても結構です、その場合は予診の時にお見せください）

13：今後主に通院に同伴される保護者の方はどなたですか？→ []

その方のお仕事は→ [①家事専業 ②パート勤務 ③フルタイム勤務 ④その他()]

来院可能な曜日・時間を記入してください。

→ []

（再診枠は平日午前8時～11時、午後15時～17時、土曜日午前8～12時。木曜日は休診です。）

※マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？→ [はい・いいえ]

ご協力ありがとうございました。

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。