

問診票 【児童用】

恐れ入りますが診察がスムーズに進むよう、わかる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

なお、記入いただいた個人情報は診察行為に関してのみ使用いたします。

事前にご相談者様の同意なく第三者に開示、情報の漏洩をすることはありません。

当院は診療情報を取得・活用させていただいております。

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いたします。

医療情報システム・基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

記入日： 年 月 日

記載者名：

患者様との続柄： 本人 ・ 父 ・ 母 ・ その他（ ）

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ( ) 歳
学年	幼・保・小・中・高・大・その他 年 学校名：
ご住所	〒 ー
連絡先	ご自宅 ( ) ー 携帯 【本人・父・母・その他 ( )】 クリニックの名前を出してお電話してもよろしいでしょうか？ はい ・ いいえ

■本日はどなたと来院されましたか？

本人のみ ・ 父 ・ 母 ・ その他 ( )

■当院をどちらでお知りになりましたか？

ホームページ 医療機関の紹介 (病院名： )

知人・友人の紹介 福祉機関からの紹介 (施設名： )

看板を見て タウンページ インターネット その他 ( )



■それらの症状はいつからありましたか？

年 月 日（または 歳から）（または 週 ヲ月前から）

■症状が出るきっかけ（原因）と思われるようなものはありますか？ ある ・ ない

あるとお答えの方はその内容を差し障りのない範囲で教えてください。

■それらの症状について他の医療機関・福祉機関などに相談したことはありますか？

ない

ある （ 現在継続して相談している ・ 過去に相談したことがある ）  
どちらへ相談されましたか？

■現在、幼稚園や保育園、学校などで以下の支援は受けていらっしゃいますか？

- ・ 特別支援学級 （ あり ・ なし ）
- ・ 通級指導教室 （ あり ・ なし ）
- ・ スクールカウンセラーとの相談 （ あり ・ なし ）
- ・ 補助の先生を付けてもらう （ あり ・ なし ）
- ・ その他 （ )

■福祉手帳をお持ちですか？

ない ・ ある

- ・ 療育手帳 （等級： )
- ・ 精神保健手帳 （等級： )
- ・ 身体障害者手帳 （等級： )



■生育歴について教えてください

- ・ (                      週) で出産
- ・ 出生体重 (                      g)
- ・ 出生時異常    なし    ・    あり    (どのような :                      )
  
- ・ 首がすわったのは?    (                      カ月)
- ・ おすわり                      (                      カ月)
- ・ ハイハイ                      (                      カ月)
- ・ 始歩                      (                      カ月)
  
- ・ 最初に単語が出たのは?    (                      歳                      カ月)
- ・ 最初に二語文が出たのは?    (                      歳                      カ月)

■今までに薬や食品でアレルギーを起こしたことはありますか？

- ない
- ある    (薬品名または食品名 :                      )

■常用薬はありますか？

- ない
- ある    (薬品名 :                      )

■今までに体の病気で入院や通院をしたことがありますか？

また現在かかっている病気はありますか？

何歳の時に	どんな病気で	医療機関名

■診察にあたりご要望がありましたら、ご自由にお書きください