

問診票（児童思春期外来用）

このたびは当院の診察をご予約くださり、誠にありがとうございます。

問診票にご記入の上、下記の『お持ちいただくもの』と一緒に、受診の日にお持ちください。

*お持ちいただくもの：

保険証、医療証（東京都のみ）、問診票、紹介状（お持ちの方）。お持ちでしたら、母子手帳、保育園・幼稚園の連絡帳、学校の成績表等の複写をお持ちください。

*2回目以降の通院につきまして：

初めての診察の際は、30分から60分程度の保険診療です。

2回目以降の通院の際に、お時間をとってご相談・診療をご希望される場合は、医師にご相談ください。選定療養費（予約料）を別途要しますが、ご相談内容に沿って、お時間をとっての診察を行います。

*初診のキャンセルにつきまして：

キャンセルをされる場合は、2診療日前までに、お電話でご連絡ください。期日を過ぎてからのキャンセルにつきましては、キャンセル料1,000円を頂戴いたします。

問診表にご記入ください。不明な点は空欄でもかまいません。

1. 記入者 _____ 記入日 _____ 月 _____ 日：記入者【 _____ 】
ふりがな（ _____ ）
2. 受診者名 _____ 普段呼ばれている愛称 _____
3. 住所 〒 _____
4. 連絡先 携帯電話 _____（父・母） _____
5. 受診するお子さんの生年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
6. 性別 男 ・ 女
7. 身長 _____ cm 体重 _____ kg
8. 利き手 右 ・ 左 ・ 両利き
9. 当院をどちらで、またはなにでお知りになりましたか
（ _____ ）

16. 教育についてご記入ください。

	通学先	クラス・専攻など
幼稚園・保育園		
療育 センターなど		
小学校		普通・特別支援級・通級 特別支援学校・不登校
中学校		普通・特別支援級・通級 特別支援学校・不登校
高等学校		普通・特別支援級・通級 特別支援学校・不登校
専門学校		

実父母についてお伺いします

18. 職業・勤務先

父 職業： _____ 勤務先： _____

母 職業： _____ 勤務先： _____

19. 最終学歴

父 学校名： _____

1. 中学 2. 高校 3. 専門学校 4. 短大・高専 5. 大学 6. 大学院

母 学校名： _____

1. 中学 2. 高校 3. 専門学校 4. 短大・高専 5. 大学 6. 大学院

20. 婚姻関係

1. 婚姻継続中 2. 別居 3. 離婚 4. 父死別 5. 母死別
6. その他(_____)

21. 継父母・養父母がいらっしゃいましたらご記入ください。

(_____)

22. ご家族についてご記入ください。

お名前	年齢	続柄	職業 学校	同居の有無	今までかかった 病気の名前
		父・継父		無・有	
		母・継母		無・有	
		兄・姉		無・有	
		兄・姉		無・有	
		弟・妹		無・有	
		弟・妹		無・有	
		父方祖父		無・有	
		父方祖母		無・有	
		母方祖父		無・有	
		母方祖母		無・有	

ご記入ありがとうございました。当日のご来院お待ちしております