

問診票（児童思春期外来用）

問診票（本紙）にご記入のうえ、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：
・問診票、保険証、医療証（東京都在住の方のみ）、紹介状（通院歴のある方）
・お持ちの方のみ…母子手帳、保育園・幼稚園の連絡帳、学校の成績表等の複写

*初診時（1回目）の診察： 診察時間（受付～終了まで）は1時間半から2時間程度かかります。

*2回目以降の診察： お時間をとっての診察をご希望される場合は選定療養費（予約料）がかかります。

*初診時の予約キャンセル： 2診療日を過ぎてのキャンセルはキャンセル料がかかります。
キャンセルをされる場合は分かり次第ご連絡ください。

◆「いいえ」もしくは「はい」に☑をつけてください。

記入日： 年 月 日

① マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）により情報取得に同意しますか？

いいえ はい

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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 6点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

② 他の医療機関からの紹介状はありますか？

いいえ はい

◆以下、ご記入ください。ご不明な点は空欄でかまいません。

1. 記入者

(受診者とのご関係)

2. ふりがな 受診者名

(普段呼ばれている愛称)

3. 住所

〒 -

4. 連絡先

① (本人 父 母)

- -

② (本人 父 母)

- -

③ (本人 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。

(

)

10. 相談したいこと、お困りのこと、ご質問などをご記入ください。

◆成育歴について

11. お母さまが妊娠中に当てはまることがありましたら、☑をつけてください。

- 妊娠中毒症 切迫流産・早産 感染症（ ）
 飲酒 喫煙 服用薬物（ ）

12. 出生時のことについてご記入、および当てはまるところに☑をつけてください。

- 在胎 週 日 出生時体重 g
 自然分娩 帝王切開 鉗子・吸引分娩 臍帯巻絡
 新生児黄疸 保育器の使用（ 日） その他（ ）

13. 発達について

- ・首のすわり カ月 ・寝返り カ月
 ・つかまり立ち カ月 ・ひとり歩き カ月
 ・はじめての意味ある言葉 カ月

◆既往歴・通院歴について

14. 今までにかかったことのある病気やけがについて、☑をつけてください。

- 熱性けいれん てんかん 頭部外傷
 アレルギー（食べもの、薬、その他）： _____
 入院した病気やケガ（年齢）： _____
 継続して治療を受けた病気など： _____
 現在内服している薬： _____

15. これまでの通院歴・相談歴について、ご記入ください。

| 年 月 ~ 年 月 | 通院先名・相談先名 | 相談内容または治療内容 |
|--------------|-----------|-------------|
| 年 月 ~ 年 月 | | |
| 年 月 ~ 年 月 | | |
| 年 月 ~ 年 月 | | |

◆教育歴について

16. 教育についてご記入ください。

| | 通園先・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 | | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 特別支援級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 不登校 |
| 中学校 | | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 特別支援級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 不登校 |
| 高等学校 | | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 特別支援級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 不登校 |
| 専門学校 | | |

◆保護者の方について

17. 職業・勤務先

父 職業： _____ 勤務先： _____
 母 職業： _____ 勤務先： _____

18. 最終学歴

父 学校名： _____
 中学 高校 専門学校 短大・高専 大学 大学院

母 学校名： _____
 中学 高校 専門学校 短大・高専 大学 大学院

19. 婚姻関係

婚姻継続中 別居 離婚 父死別 母死別
 その他 (_____)

20. 継父母・養父母がいらっしゃいましたらご記入ください。

(_____)

◆ご家族について

21. 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 | 病気の名前 |
|-----|----|--|-------|--|-------|
| | | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 継父 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | | <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 継母 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | | <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | | <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | | <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | | <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | | 父方祖父 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | | 父方祖母 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | | 母方祖父 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | | 母方祖母 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |

◆女性の方

22. 女性の方にお伺いします。当てはまるところに☑とご記入ください。

●生理は ない ある （周期： _____ 日、初潮： _____ 歳）

●現在、妊娠している、もしくはその可能性がありますか？

いいえ はい （ _____ 週）

●現在、授乳中ですか？

いいえ はい

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