

しんとみ子どものこころのクリニック 問診票

ご記入日（西暦 年 月 日）

ふりがな	
お名前	
生年月日 西暦 年 月 日 才	性別 男・女
住所	電話

全部で3ページあります。わかる範囲内でご記入ください

1. どのような心配やお困りごとで来院されますか？
2. きっかけとなる出来事がありましたか？
3. 今回の受診でどのような事をご希望されますか？

<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 診断	<input type="checkbox"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 薬物療法
<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	<input type="checkbox"/> その他		

4. 今回のご相談内容について、これまでに保健センター、教育機関、医療機関などでご相談されたことはありますか？ ある ない
あればご記入ください。

年齢	どこで	内容（対応や助言、診断や治療など）
才から 才まで		
才から 才まで		

5. 今回のご相談内容に関わらず、現在医療機関を受診されていますか？ している していない
医療機関名： 診断や症状：
お薬の名前と用量：
6. これまでにお薬や食物などでアレルギー症状が出たことはありますか？ ある ない
あればご記入ください。

--

7. これまでに発達検査（心理テスト）などの検査を受けたことがありますか？ ある ない
 あればご記入ください。また、コピーがあれば、初診の時にご持参下さい。

いつ		どこで	検査名と結果
西暦	年 月	才 カ月の時	
西暦	年 月	才 カ月の時	

8. これまでに療育、あるいは何らかの支援制度を利用したことがありますか？ ある ない
 あればご記入ください。

いつ	どこで	支援の内容（例：個別、ソーシャルスキル、ST、OT など）
才から 才まで		
才から 才まで		

9. お子さんの出生の様子について教えてください。

分娩場所	在胎 週 日	体重 g
分娩異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 吸引・鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 臍帯巻絡 <input type="checkbox"/> その他		
出生時の異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 新生児仮死 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 保育器使用 日		

10. お子さんの初期成長発達について教えてください。

くびが座る 才 カ月	はいはいを始める 才 カ月	ひとりで歩く 才 カ月
初めて話す 才 カ月	話した言葉 ()	二語文を話す 才 カ月

11. 2才頃までに気になることがありましたか。 ある ない
 あればご記入ください。

睡眠	・寝付きが悪い ・音に敏感ですぐに起きてしまう ・夜よく起きる ・その他 ()
哺乳	・飲みが悪い ・その他 ()
離乳食	・小食 ・興味がない ・好き嫌いが激しい ・その他 ()
食事	・小食 ・興味がない ・好き嫌いが激しい ・自分で食べようとしない ・その他 ()
行動	・かんしゃくがひどい ・危険な行動がある ・多動で目が離せない ・その他 ()

12. 健診のときに何か問題を指摘されましたか？あるいは困っていることを相談しましたか？
 1才6ヵ月健診 () 3才健診 ()

13. お子さんの既往歴について教えてください。

大きな病気をしたことがありますか？ ある ない

けいれんを起こしたことはありますか？ ある ない

あれば詳細をご記入ください。

--

14. お子さんの教育環境について教えてください。

幼稚園・保育園	公立・私立	幼稚園・保育園・卒園	
小学校	公立・私立	小学校	年生・卒業 成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下
中学校	公立・私立	中学校	年生 成績 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下
<input type="checkbox"/> 普通級 <input type="checkbox"/> 特別支援教室 <input type="checkbox"/> 特別支援級（情緒・知的） <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 支援員の補助			

15. お子さんはどのような性格ですか？当てはまるもの全てにチェックして下さい。

<input type="checkbox"/> 明るい	<input type="checkbox"/> 負けず嫌い	<input type="checkbox"/> 活発	<input type="checkbox"/> すぐにくよくよする
<input type="checkbox"/> 飽きっぽい	<input type="checkbox"/> 気が短い	<input type="checkbox"/> すぐに怒る	<input type="checkbox"/> 内気
<input type="checkbox"/> 優しい	<input type="checkbox"/> 融通がきかない	<input type="checkbox"/> 真面目	<input type="checkbox"/> その他

16. ご家族について教えてください。

	氏名	年齢	職業	持病など
父				
母				

本人以外のお子さん

ご本人との関係	年齢	性別
		男・女
		男・女
		男・女
		男・女

以上です。ご協力ありがとうございました。

マイナンバーカードの健康保険証利用についてのお願い

当院ではマイナンバーカードを健康保険証として利用する「マイナ保険証」によるマイナ受付を実施しております。マイナ保険証をご利用頂くと、最新の保険証情報や、他医療機関においての処方内容を取得・確認することが可能となり、お薬の重複や併用禁忌薬の処方を防ぐことができます。マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

☆これまで通り健康保険証で受付して頂くことも可能です。

☆マイナンバーカードでは医療証（マル乳・子・青・親、自立支援）の情報は得られません。お持ちの方は必ずご持参いただきますようお願いいたします。