

問診票

記入年月日 20 年 月 日

記入者名 (続柄)

フリガナ	
名前	□男 □女
生年月日	20 年 月 日生まれ (歳 か月)
所属	□なし □あり □保育園 () □幼稚園 () □小学校 () □普通級 □支援級 □特別支援学校

この問診票は保護者の方が記入してください。カルテの一部としますので、個人情報保護を遵守し、カルテ内に保管します。

母子手帳などを参考にし、あてはまるものに☑、あるいは必要な事柄を簡潔に記入してください。

1 診察してほしいこと、困っていることや相談したいことを簡潔に記入してください
またすでに診断されているのであれば 診断名と診断された病院等を教えてください

- 今日、医師から聞きたいこと □診断名 □対応 □その他 ()
- 診断名がある場合 診断名 ()
診断された病院等 ()

2 ご家族について教えてください (*特記事項: 病気などがあれば記載してください)

- 父 (□実父 □継父) () 歳 特記事項 ()
- 母 (□実母 □継母) () 歳 特記事項 ()
- 兄弟姉妹
() 歳 □男 □女 所属 () 特記事項 ()
() 歳 □男 □女 所属 () 特記事項 ()
() 歳 □男 □女 所属 () 特記事項 ()

3 今までかかったことのある病気や治療中の病気などについて教えてください

- 既往歴
□ない
□ある () ()
- アレルギー (薬剤・食べ物・その他)
□ない
□ある () ()

