

問 診 票

記入日：平成 年 月 日

ふりがな		男	生年月日
氏名		・	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
自宅電話		※今後、病院名で電話を差し上げても構いませんか？	
携帯番号		はい/いいえ⇒希望方法：	
◎ この用紙にお答えして頂くのはどなたですか？			
1・患者様本人 2・同伴者様 氏名() 続柄() 連絡先()			
◎ 当院を選んだ理由は何ですか？			
1. 家族の紹介 2. 市役所の紹介 3. 当院のホームページ 4. インターネット (紹介サイト、口コミ)			
5. 保健所の紹介 6. その他 ()			

1. 今までに心療内科や精神科にかかったことはありますか？

【はい・いいえ】

2. 過去にかかった主な病気やケガがございましたら教えてください。

例：○年、事故で○○、○○病院手術。など

3. 下記に該当するものがあればチェックをつけてください。

高血圧 糖尿病 喘息 食物アレルギー 薬物アレルギー 手術既往

肝疾患 脾疾患 腎疾患 心疾患 甲状腺疾患 眼科疾患

その他 ()

4. 会計時、明細書を無料発行することが出来ますが、発行を希望されますか？

【はい・いいえ】

ご記入ありがとうございました。

美唄すずらんクリニック

お名前 _____ 学校 _____ 年 _____ 部活など _____

記載者： _____

◎家族構成

-
-
-
-
-
-



ご本人より

◎今、現在の困り事。いつから始まったのか。また、きっかけとなる出来事はあったのか。

◎クリニックに対する希望

◎好きなものなど

- 好きな食べ物
- 好きなテレビ
- 今リラックスできること
- 好きな音楽・好きな曲
- 好きな教科

◎将来の夢、進路の希望など

ご家族より

◎子どもの抱えている問題について、どう考えているのか。どのような事で困っているのか。

◎クリニックに対する希望

◎今までの様子
出生時

乳幼児期（始語 始歩 検診 1:6 3:0 ）

◎保育園・幼稚園
性格など

対人関係（友人・親・きょうだい）

◎小学校時代

◎中学校時代（*反抗期、女子の場合は初潮の有無など）

得意な事（ ） 苦手な事（ ）

・これまでの成績は 小学校： 上・中・下 中学校： 上・中・下