

問診票記入のお願い

初めての診察の前に、予診を兼ねて、あらかじめご相談の内容等を頂戴しております。

お手数をおかけいたしますが、以下に必要事項をご記入の上、受付までお持ちください。

ご記入者()

*本日受診される方のお名前 <small>ふりがな</small>				男・女 歳		
*生年月日	昭和・平成	年	月	日	職業(学年)	
*ご住所	〒					
*電話番号	—					
*携帯番号	—					
*家族構成	祖父・祖母・父・母・ <u>ご本人</u> ・きょうだい()					
ご同居のご家族	配偶者(夫/妻)・子ども(年齢など:)					
マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ (はい・いいえ) どちらかに○						

よろしければお答え下さい。

当院を受診されたきっかけについて(○をつけてください、複数可)

- ・医療機関・公的相談機関からの紹介
- ・ホームページを見て
- ・看板を見て
- ・知人に聞いて
- ・電話帳
- ・タウン誌
- ・通りすがり
- ・その他()

本日のご相談内容	
◆	
エピソード	
◆	
◆	
上記の問題が生じた あるいは 問題に気づかれたのはいつ頃ですか？	

2枚目もご記入ください

けいクリニック

<p>これまで相談された機関(病院, カウンセリングなど)はありますか？</p> <p>ない ・ ある ()</p>
<p>これまでに大きな病気をされたことはありますか？</p> <p>ない ・ ある ()</p>
<p>現在服用しているお薬はありますか？または心臓の病気(不整脈、狭心症、心筋梗塞)の治療を受けていますか？または食べ物や薬物のアレルギーを指摘されたことはありますか？</p> <p>ない ・ ある ()</p>
<p>ご家族, ご親戚の中に同様のことでお困りの方はいらっしゃいますか？</p> <p>いない ・ いる (診断名 or 症状: _____ 本人との続柄: _____)</p>
<p>睡眠について ・ 問題ない ・ 寝つきが悪い ・ 何度も起きる ・ 早朝覚醒 ・ 昼夜逆転</p>
<p>食事について ・ 問題ない ・ 食欲がない ・ 食べ過ぎる ・ ムラがある</p>

ご相談の内容がお子さまの発達に関することである場合以下にもご記入ください

<p>妊娠中 周産期 あるいは 出生時 に何か特別なことはありましたか？</p> <p>ない ・ ある () 出生時体重 ()g</p>
<p>1歳半(または3歳児)検診 問題なし ・ 指摘された ()</p>
<p>公的機関や病院で療育あるいは訓練などを受けられたことはありますか？</p> <p>ない ・ ある ()</p>
<p><u>現在</u> お友だちとのつきあいや学習面で気になることはありますか？</p> <p>問題ない ・ 気になる ()</p>
<p>その他 発達に関して気づかれたことがありましたら教えてください</p>

◆今回の診察で特に希望されることがありましたら○をつけてください

薬を出してほしい ・ セカンドオピニオン(他院で処方薬の調整など)

心理検査/発達検査をしてほしい ・ 臨床心理士の心理療法を受けたい

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

この問診票を受付へお持ちいただき、診察まで今しばらくお待ちください。

けいクリニック