

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

初めて受診される方へ

氏名 \_\_\_\_\_ ふりがな \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 学年 \_\_\_\_\_ 年生  
 住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 家族氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

●本日はどのようなことで受診されましたか

- 転院希望     診断書や意見書作成希望     医師へ相談したい症状がある     その他

※下記にできるだけ詳しくご記入ください

●それは、いつ頃からですか

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃から ・ または \_\_\_\_\_ 歳頃から

●上記に対し、これまでに他の医療機関などを受診したことはありますか

- なし     あり→下記へご記入ください

・ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 診断名 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_ (通院・入院)

・ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 診断名 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_ (通院・入院)

●上記診断に対し、お薬を服用したことはありますか

- なし     あり→ ( \_\_\_\_\_ )

●その他で、通院中の医療機関や、定期的に服用しているお薬はありますか

- なし     あり→ 医療機関名 \_\_\_\_\_ お薬の名前 \_\_\_\_\_

●これまでに大きな病気にかかったことはありますか (入院や手術を必要とする病気など)

- なし     あり→ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 診断名 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_

●紹介状はお持ちですか     なし     あり

●これまでに発達検査などを受けたことがある場合、ご記入ください

- WISC \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 医療機関等 \_\_\_\_\_

- K式発達検査 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 医療機関等 \_\_\_\_\_

- その他 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 医療機関等 \_\_\_\_\_

●療育手帳・精神障害保健福祉手帳をお持ちの場合、等級と申請年月をご記入ください

- 療育手帳 ( \_\_\_\_\_ ) 級 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃     精神障害保健福祉手帳 ( \_\_\_\_\_ ) 級 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

●計画相談を利用している場合、ご記入ください

・ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 事業所名 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

●在宅サービスなどを利用したことがある (利用している) 場合、ご記入ください

・ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 サービス名 \_\_\_\_\_ 事業所名 \_\_\_\_\_ (頻度 \_\_\_\_\_)

●出生時について、おたずねします

- ・出生時、異常がありましたか？  なし  あり→ ( )
- ・出生体重 \_\_\_\_\_ g 妊娠何カ月 \_\_\_\_\_ カ月出生 仮死の有無 あり ・ なし

●幼少期について、おたずねします

- ・ひきつけを、起こしたことがある 起こしたことがない
- ・ことばの出始めは、早かった 普通 遅かった 分からない
- ・運動（歩行など）の成長は、早かった 普通 遅かった 分からない
- ・1歳半や3歳の健診で何か、指摘された 指摘されていない 分からない

●通学された学校についておたずねします

小学校は \_\_\_\_\_ 小学校（通常の学級・支援学級・支援学校）  
 中学校は \_\_\_\_\_ 中学校（通常の学級・支援学級・支援学校）  
 高校は \_\_\_\_\_ 高校（卒業・中退）  
 専門・大学は 学校名 \_\_\_\_\_ 学部（卒業・中退）

●学校の成績はどうでしたか？

- 良い方だった 普通だった 悪い方だった 分からない

●学生時代の時の友達付き合いはどうですか？

- 多い方だった 普通だった 少ない方だった 分からない

●今までで、どのようなお仕事をされていましたが（例：○歳頃～○歳頃まで○○をしていた/○○で働いていた）

●現在、同居されているご家族（両親・兄弟・配偶者・子供）について教えてください

続柄	生年月日	健康状態（何か病気があればご記入ください）

●薬・食べ物・その他アレルギーについて、おたずねします

- なし あり→ ( )

●嗜好品などについておたずねします

- アルコール（種類： \_\_\_\_\_）（ \_\_\_\_\_ ml/日） タバコ（ \_\_\_\_\_ 本/日）喫煙期間（ \_\_\_\_\_ ）

※以下は女性の方のみ、お答えください

- ・現在妊娠中の方 妊娠 \_\_\_\_\_ カ月
- ・月経 初潮（ \_\_\_\_\_ 歳） 規則的 不規則 ・閉経（ \_\_\_\_\_ 歳）

◆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「6点」 加算2「2点」（マイナ保険証を利用した場合））

◆マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

- 同意した  同意していない

※ご協力いただき、ありがとうございました。ご記入いただいた情報は、診療のみに使用します。そのほかの目的で利用やご本人の同意なく第三者へ情報を提供することはありません。問診票に記載されている電話番号を連絡先として使用させていただくことがあります。