



問診票 (児童用)

受診日： 年 月 日

ふりがな 受診者名		年齢	生年月日 年 月 日 (小・中・高 年)
現住所	〒		
連絡先	自宅：	携帯電話：	
緊急連絡先	(続柄：)		
同行者	本人のみ ・ 父 ・ 母 ・ その他 ()		

マイナ保険証による診療情報取得に同意します	はい ・ いいえ
-----------------------	----------

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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

相談したいこと/困っていることは何ですか？	
現在の身長： c m / 体重： k g	
紹介状はお持ちですか？	はい () ・ いいえ
現在当院以外の病院へ通院中ですか？	はい () ・ いいえ
大きなケガをしたことはありますか？	はい (いつ頃) ・ いいえ
今までにけいれんをしたことはありますか？	はい (いつ頃) ・ いいえ
現在服用中の薬 (お薬手帳のある方は医師または受付へお声かけください) ※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、1か月以内の処方をご記載してください	
入院経験はありますか？	はい ・ いいえ
いつ頃：	病名：
いつ頃：	病名：

裏面もあります 1/2

現在の生活について教えて下さい

食欲	3食食べている ・ 食べ過ぎている ・ 食欲なし		
睡眠	就寝 () 時頃 / 起床 () 時頃 / 熟眠感: あり・なし		
便秘	問題なし ・ 便秘気味 ・ 下痢気味		
食物アレルギー	あり () ・ なし		
薬剤アレルギー	あり () ・ なし		
月経	順調 ・ 不順 最終月経: () 月 () 日頃		
妊娠・出生時のことについて教えてください			
妊娠・出生時の異常	あり () ・ なし		
出生時の体重	() g	在胎日数	() ヶ月
哺乳	母乳 ・ 人工 ・ 混合		
発達の様子を教えてください			
首が座った	() ヶ月	一人で歩いた	() 歳 () ヶ月
パパ・ママなどの簡単な言葉を話す	() 歳 () ヶ月		
1歳6ヵ月健診の指摘	あり () ・ なし		
3歳児健診の指摘	あり () ・ なし		
乳・幼児期に何か気になることはありましたか？			

学校生活について教えてください			
在籍校	学校名 () 在学中・不登校・中退・卒業		
以下の支援は利用したことがありますか？		はい ・ いいえ	
通所療育 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ・ 特別支援学校 ・ 放課後等デイサービス			
利用されたことのある制度・サービスはありますか？			
医療費助成	子ども医療費 ・ 障害者医療費 ・ 自立支援医療 ・ 母子医療		
障害手帳	精神障害者手帳 () 級・療育手帳 () 判定・身体障害者手帳 () 級		
育児・福祉相談等	児童相談所 ・ 保健所/保健センター ・ ヘルパー ・ 移動支援		
手当等	障害年金 () 級・特別児童扶養手当・生活保護		
その他	()		
当院を何で知りましたか？			
紹介 (家族 ・ 友人 ・ 学校 ・ 会社) ・ 他病院/医院 ・ 看板 インターネット ・ その他 ()			

※この問診票で得られた個人情報については、当院で定めた利用目的の範囲内で利用させていただきます。

ご記入ありがとうございました。受付スタッフへお渡しください。