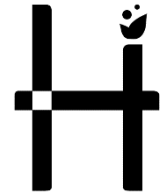


# 予診票 (児童・思春期用)

記入日 年 月 日



本人氏名 ( ) 性別 ( 男・女 )  
生年月日 ( 年 月 日 ) 年齢 ( ) 歳  
学年 ( 小・中・高・大 年 )  
記入者氏名 ( ) 本人との関係 ( )  
住所 ( )  
電話番号 ( — — )  
スマートフォン番号 ( — — )

1. お困りのことは何ですか? 症状や悩みを具体的にお書き下さい。

\* それはいつ頃、どのようなきっかけで起きてきましたか?

2. そのことで、これまでに相談されたことはありますか? はい・いいえ  
医療機関;( ) 病院・クリニック ( 年 月から 年 月 )  
( ) 病院・クリニック ( 年 月から 年 月 )  
相談機関;( ) ( 年 月から 年 月 )  
( ) ( 年 月から 年 月 )

3. これまでにかかったことのある病気・怪我についてお書き下さい。

4. 現在内服している薬はありますか? あり・なし  
薬品名 ( ) ( 錠 ) ( 朝・昼・夕・寝る前 )  
薬品名 ( ) ( 錠 ) ( 朝・昼・夕・寝る前 )  
薬品名 ( ) ( 錠 ) ( 朝・昼・夕・寝る前 )

5. アレルギーはありますか? ある場合は何に対してありますか?  
なし・あり 薬品  
食品  
花粉 アルコール その他 ( )

6. 元々どのような性格のお子様でしたか?

7. 御家族について、お書きください。

氏名	続柄	年齢	職業・学年など

8. 幼児期について

幼稚園・保育園 ( ) 年間  
 登園を嫌がりましたか? はい・いいえ  
 友だち遊びはできましたか? はい・いいえ

9. 小学校時代について

学校名 ( ) 成績は? 上・中・下  
 欠席はありましたか? はい・いいえ  
 それはいつ頃で理由は? ( )

10. 中学校時代について

学校名 ( ) 成績は? 上・中・下  
 欠席はありましたか? はい・いいえ  
 それはいつ頃で理由は? ( )

11. 高校時代について

学校名 ( ) 成績は? 上・中・下  
 欠席はありましたか? はい・いいえ  
 それはいつ頃で理由は? ( )

12. 趣味は何ですか?

13. 当クリニックを受診されたいきさつ

自分からすすんで・( )に勧められて・その他 ( )  
 同伴者 なし・あり (氏名 ) 関係 ( )

14. 当クリニックのことは、どこでお知りになりましたか?

1. 他の医療機関からの紹介
2. 学校からの紹介 (担任、スクールカウンセラー)
3. 公的機関からの紹介 (保健所、保健センター、区(市)役所、福祉事務所)
4. インターネット
5. 知人からの紹介 ( )
6. 出版物 (書籍、雑誌)
7. その他 ( )