

外来問診票

記入者(続柄) _____ () 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな				性別
氏名				男・女
生年月日	年	月	日	年齢 歳
住所	〒			
電話	固定 :	携帯 :	(父・母・他)	
出生時体重	g		在胎期間	週
集団生活の有無	なし・保育所・幼稚園・学校			

ご家族の構成

お名前	続柄	年齢	同居の有無	職業	備考
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

離婚、死別、再婚、発達障害、精神疾患等あれば、備考欄に記載をお願いします。

1. 受診目的をご記入ください。
2. いつ頃から、どのような症状がおありですか？

3. 現在の症状について、これまでどこかに受診されたことがありますか？
なし あり ()

4. 現在内服中のお薬があればご記入いただくか、お薬手帳をご提出ください。

5. お薬や食物に対するアレルギーがありますか？
なし あり ()

6. 今までに、大きな病気にかかったことはありますか？
なし あり ()

7. 妊娠中に何か異常はありましたか？
なし あり ()

8. ご家族歴
身内の方で、神経や筋肉の病気と言われた方がおられますか？
なし あり ()

身内の方で、発達障害と言われた方がおられますか？
なし あり ()

9. 乳幼児期の発達の様子をご記入ください。
首すわり ヶ月、 おすわり ヶ月、 一人歩き 歳 ヶ月
言葉のをはじめ 歳 ヶ月、 文章で話す 歳 ヶ月

- 視線が合いにくかった
- 夜泣きがひどかった
- かんしゃくがひどかった
- 母の後追いが（あまり）なかった
- 人見知りが（ほとんど）なかった
- 人見知りが激しかった。
- とにかく落ち着きがなかった

10. 健診で問題を指摘されたことはありますか
1歳6か月健診 ()
3歳健診 ()
その他の健診 ()

11. 現在の生活の様子をおうかがいします。
食事 とくに問題はない 少食 過食 偏食 ()
睡眠時間 (: ~ :)
とくに問題はない 気になることがある ()