

ID: _____

はしもとクリニック経堂

問診票

記入日：令和 年 月 日 記入者： (受診者との続柄：)

お名前：ふりがな _____ 男 ・ 女

生年月日： 昭和・平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月)

ご住所：〒 _____

☎： _____ 携帯： _____

ご家族構成 (同居されている方についてお書きください)

| 続柄 | 年齢 | 既往歴 (病気、怪我、アレルギー [食品、薬剤]、持病など) |
|-----|----|--------------------------------|
| ご本人 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

1. 受診の理由、主にご相談されたい内容にチェックしてから詳しくお書きください。
 高次脳機能障害 各種診断書 発達 足底板・装具
(_____)

2. これまでに入院を要するような大きな病気や怪我がありましたか？
なし ・ あり
歳頃：(_____)
歳頃：(_____)

3. これまでの所属集団 (通園、通学、就労の経過) について○をつけてください。

| |
|---|
| 未就園 / 療育通園・保育園・幼稚園 / 小学校 (普通級・通級・支援級・支援学校) |
| 中学校 (普通級・通級・支援級・支援学校) / 高等学校 (全日制・夜間・通信制・サポート校) |
| 専門学校・短大・大学 (学部、学科) |
| 就労 業務内容： _____ |

4. 出生時のようす
出生時のエピソード ない あり (_____)
第 _____ 子として出生・在胎 _____ 週 _____ 日・体重 _____ g

5. その他、何かございましたらご記入ください。