**問診票（中学生以下）**

記入日：　　　年　　月　　日

**◎本日相談されたい方のお名前と性別と生年月日**

**フリガナ**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　　　男　　・　　女**

**生年月日　　　　大・昭・平・令　　　　年　　　月　　　日**

**住所　　〒　　　－**

**電話番号**

**◎今一番困っていること、相談したい内容をご記入ください**

**◎その症状はいつごろからありますか？またきっかけとなる出来事があればご記入ください。**

**◎今回の来院は　　□自分が希望して　　□家族の勧めで　　□その他（　　　　　　）**

**◎現在、治療中の病気、アレルギーはありますか？（はい・いいえ）**

**→「はい」の場合：**

**◎今までにお薬や注射などで副作用やアレルギーがあればお書きください。**

**薬剤（　　　　　　　　　　　　　）　　症状（　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**◎乳幼児健診で発達の遅れなど指摘されたことがありますか？（はい・いいえ）**

**→「はい」の場合：**

**◎ご家族の構成についてお書きください**

父（　　）歳　　職業（　　　　　　　　）

母（　　）歳　　職業（　　　　　　　　）

兄弟（姉妹）は、（　　）人で（　　）番目

現在はどなたと同居されていますか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**◎ご両親・ご兄弟（姉妹）・親戚の中で心療内科や精神科にかかられた方はおられますか？※ある場合にはどなたがどのような病気でかかられたかを教えてください。**

**◎当クリニックをどちらでお知りになられましたか？**

**□　知人の紹介　□役所や学校にすすめられて　□他の医療機関ですすめられて**

**□　当クリニックのホームページを見て　□スマホ・携帯のホームページを見て**

**□　クリニックを見て　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）**

**以上です。ご協力いただき、どうもありがとうございました。**

****