

朝がおクリニック 初診問診票(12歳未満/保護者記入用)

令和 年 月 日()

保護者氏名		ふりがな			続柄	
		氏名				
ふりがな				保護者 連絡先	自宅	
氏名	(男・女)				携帯	
					メール	
住所	〒				生年月日	
					年	月
					日	
現在、お悩み、お困りのことは何ですか？またいつごろからですか？(簡潔にお書きください)						
これまでその問題にどう対処されてきましたか？どこかに相談・受診をしたことがありますか？(ある・ない) ある、とお答えになった方はその機関名・病院名をお書き下さい						
下記の該当するものに○をお付け下さい						
・周囲に迷惑をかけている ・物忘れが多い ・興奮しやすい ・不安 ・自分を傷つけたくなる ・誰かに見られている気がする ・朝起きるのがつらい ・イライラしやすい ・ゆううつ ・実際にはないものが見える ・自分のことを噂されている気がする						
ご本人の学校生活についておたずねします						
◆ 通学について 休まず通学している ・ 時々休む ・ 休んでいる						
◆ 成績 上位 ・ 中位 ・ 下位 ◆ 転校 なし ・ ある(回)						
◆ 得意科目() ◆ 不得意科目()						
御家族についておたずねします						
◆ 父(歳)(職業)(性格) ◆ 兄弟姉妹 : 本人を含めて(人)本人は(番目)						
◆ 母(歳)(職業)(性格)						
◆ 同居人 : なし ・ あり(人)						
◆ 家庭内の雰囲気(普通 ・ 静か ・ にぎやか ・ あたたかい ・ 複雑)						
◆ 御家族や御親戚の中にこころの病気の方はいらっしゃいますか。(いない ・ いる)						
いるとお答えになった方は具体的にお願ひします						
当院をどちらでお知りになりましたか。当てはまるものに○をお付け下さい。(複数回答可)						
・HP ・タウンページ ・その他のサイト(サイト名) ・通しすがり ・雑誌(雑誌名) ・紹介(紹介者)						

ご記入ありがとうございました。

スタッフ記入欄