

問診票

No. _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな	生年月日	年	月	日生	歳
お名前	性別 [男 ・ 女]				

診療に役立てるため、下記の質問事項にご記入、または該当するものに○印をつけてください。

01. どんなことが心配で受診されましたか？

甲状腺の病気（首の腫れ） ・ 糖尿病 ・ 肥満 ・ 夜尿 ・ その他（ _____ ）

02. いつごろから心配でしたか？

● 歳 _____ カ月ごろ（ _____ 年前から、 _____ カ月前から、 _____ 週間前から、 _____ 日前から）

03. 出生時について

● 在胎週数 _____ 週 _____ 日 出生身長 _____ cm 出生体重 _____ g
● 妊娠中、分娩時の異常 なし ・ あり（ _____ ）

04. 発達・生育について

● 発達異常 ない ・ ある（ _____ ）
● 栄養 母乳 ・ 人工 ・ 混合
● 現在の食事量 少 ・ 中 ・ 多 ● 偏食 ない ・ ある（ _____ ）
● 勉強 得意ではない ・ 普通 ・ できる
● 運動 得意ではない ・ 普通 ・ できる ● 睡眠 浅い ・ 深い / 短い ・ 十分

05. これまでにかかった病気について

● 重い病気、気になる病気 ない ・ ある _____ 歳（ _____ ） _____ 歳（ _____ ）
● 慢性疾患 ない ・ ある（ _____ ）
● 服薬中の薬 ない ・ ある（ _____ ）
● アレルギー ない ・ ある（ _____ ）

06. ご家族について

● 父 _____ 歳 _____ cm _____ kg ● 母 _____ 歳 _____ cm _____ kg
● （ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ） _____ 歳 _____ cm ● （ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ） _____ 歳 _____ cm
● 家系に多い病気、気になる病気 ない ・ ある（ _____ ）

その他、伝えたいこと、相談したいことがございましたらご記入ください。