

METKIDS CLINIC 新百合ヶ丘 問 診 票

当院のスローガン どの医院よりも質の高い医療 丁寧な対応

* 予約時間までに書き終わらない場合は、担当が問診で確認しますので途中までで構いません。

住所：〒 _____ 記載者氏名： _____ 続柄（ _____ ）

TEL： _____

フリガナ：

氏名： _____ 男 ・ 女 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属： _____ 未就学 ・ 保育園 ・ 子ども園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ 高校 ・ 成人
(週 _____ 日) ※登園・登校状況を教えてください

_____ 年生 (満 _____ 歳) (普通学級 ・ 通級 (教科による) ・ 支援学級 ・ 特別支援学校)

◎ 今困っていること・相談したいことはどんなことですか。

◎ それはいつ頃から始まり (気付き)、どのように対応されましたか。

◎ 保健センターでの健診についてお聞きます。

3 カ月健診 : 何も言われなかった ・ 問題を指摘された(その内容:)
指導を受けた(その内容:)

1 歳 6 カ月 : 何も言われなかった ・ 問題を指摘された(その内容:)
指導を受けた(その内容:)

3 歳時健診 : 何も言われなかった ・ 問題を指摘された(その内容:)
指導を受けた(その内容:)

○小学校、中学校でのクラスについて質問します。

●小学校…通常学級・通級・支援学級・特別支援学校 ●中学校…通常学級・通級・支援学級・特別支援学校

◎ 当院への希望をチェックしてください。悩む場合は複数のチェック可能です。

☐精査、診断、解消まで、しっかりフルコースで行いたい

☐精査をとりあえず希望(診断のため)

☐診断書や公的な書類へのサインが欲しい(詳しい精査等は、要・不要)

☐セカンドオピニオンを希望(他院での診察に疑問、不良があるため)

他備考欄

・

◎ 家族歴に○をしてください。

(より良いサービス提供のために、なるべくご記入頂けたら幸いです)

同居家族→(祖父、祖母、父、母、兄弟・長男()才、次男()才、三男()才、四男()才

姉妹・長女()才、次女()才、三女()才、四女()才

兄弟・姉妹の症状で、本人と似た症状はありますか？

→()

◎ 生活レベルについてお聞きます。

1 食事 (全介助 ・ 半介助 ・ 自立)

2 洗面 (全介助 ・ 半介助 ・ 自立)

3 排泄 (おむつ必要 ・ おむつ不要 / 全介助 ・ 半介助 ・ 自立)

4 衣服 (脱げない ・ 着れない ・ ボタン不能 ・ 自立)

5 入浴 (全介助 ・ 半介助 ・ 自立)

6 危険物 (全くわからない ・ 特定の物 ・ 場所はわかる ・ 大体わかる)

7 睡眠 (夜眠らず騒ぐ ・ 時々不眠 ・ 寝ぼける ・ 問題なし)

・上記の内容を具体的に医師に伝えたい場合は、下記に記載して下さい。

(療育センターや市などの機関を除く)

・ _____歳 (機関名： _____)
(受診期間： _____)
(診断名： _____)

K 式、WISC、田中ビネー等

いつ頃からありましたか。 ()

・学校/保育園からの紹介