

とっとの杜こどもハビリテーションクリニック：問診票 保護者様ご記入用

この問診票は、診察の基礎となるものです。できるだけ正確にご記入ください

※空欄に記入、当てはまる項目を○で囲んでください。

記入日： 年 月 日 記入者： 続柄（ ）

■お子様についてお聞きします。

お子様の お名前	フリガナ( )	性別	男 ・ 女
お子様の 生年月日	平成 令和 年 月 日	満年齢	歳
お子様の ご住所			
保育所 幼稚園 学校名		学年	

現在もっとも困っておられることは何ですか？

それはいつ頃から気づいておられましたか？

■保護者様についてお聞きします。

保護者様の お名前	フリガナ( )
保護者様の ご住所	
連絡先 電話番号	固定電話 ( ) - 携帯電話 ( ) -

■お子様について今まで他の医療機関や相談機関に相談されたことはありますか？

→ ( ある ・ ない )

	医療機関・施設名	助言・指導・治療内容
平成 令和 年 月頃		
平成 令和 年 月頃		
平成 令和 年 月頃		
平成 令和 年 月頃		

■お子様はアレルギーや現在飲んでおられる薬はありますか？

- ・アレルギーについて ( ない ・ ある 【内容： 】)
- ・現在飲んでいる薬について ( ない ・ ある【内容： 】)

■お子様の性格、好きなこと・得意なこと、良いところ等についてお聞きします。

- ・保護者様からみて、お子様はどのような性格ですか？  
( )
- ・保護者様からみて、お子様の良いところはどこですか？  
( )
- ・保護者様からみて、お子様がこうなったらいいなと思うところはどこですか？  
( )
- ・お子様の得意なことや特技はなんですか？  
( )
- ・お子様の趣味はなんですか？  
( )
- ・その他、お子様について何かありましたらご記入ください。



○ご家族について心配なこと、不安を感じておられることがありますか？

→（ ある ・ ない ）

その理由についてご記入ください。

○その他、ご家族のことで伝えておきたいことがあればお書きください

ご記入ありがとうございました。