ハートライン沖縄クリニック　問 診 票

当院のスローガン　どの医院よりも質の高い医療　丁寧な応対

＊予約時間までに書き終わらない場合は、医師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：

|  |
| --- |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　男 ・ 女 生年月日：　　　年　　　月　　　日所属：　　　　　　　　　　未就学 ・ 保 ・ 幼 ・ 小 ・ 中 ・ 高 ・ 大 ・ 成人　　　　　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） |
| ◎ 今因っていること・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。
 |
| * この病院のことは、だれから（どこから）知りましたか。

・知人の紹介　　　　　　　　　　　　　　・またどのような事をしてくれると聞いて・HPから検索　　　　　　　　　　　　　　　ご来院されましたか？(希望も含めて)・市などの窓口より紹介・学校/保育園からの紹介 |
| * 家族歴(書ける範囲で構いませんが、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)

〇をしてください同居家族→(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？→( ) |
| * 医師への希望　どれか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・・ |
| * 生活レベルについてお聞きします。

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内容は下記に記載して下さい。 |
| * 保健センターでの健診についてお聞きします。

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： 　　　　　　　　）〇小学校、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（仲良し学級orスマイル教室）・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 |
| * 今まで発達や精神症に関して他の医療機関や相談機関に相談されたことがありますか。

(療育センターや市などの機関を除く)* いいえ　・　はい
	+ 歳 （機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　 （受診期間： 　　　　）（診断名： 　　　　　） |
| * 次の検査を受けたことがありますか

知能検査　　ない・ある　( 歳)(　IQやDQ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)K式、WISC、田中ビネー等 |
| * てんかん発作はありますか。またはありましたか。

（　はい　・　いいえ　）いつ頃からありましたか。　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |