

# ハートライン東京クリニック 問診票

当院のスローガン どの医院よりも質の高い医療 丁寧な対応

\* 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・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（気づき）、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
- ・ HP から検索
- ・ 区などの窓口より紹介
- ・ 学校/保育園からの紹介
- ・ またどのような事をしてけると聞いて  
ご来院されましたか？(希望も含めて)

◎ 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)

○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： \_\_\_\_\_ ）

○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。

（療育センターや区などの機関を除く）

◎ \_\_\_\_\_ 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。（ \_\_\_\_\_ ）