

G&O 赤ちゃん・こどもクリニック心理外来 問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

● 氏名： _____ 記入者：(本人・母・父・その他 _____)

● 年齢： _____ 歳 学年 _____ 学校名 _____

● 今困っていることや相談したいことはどのようなことですか？

● 困っていることや相談したいことはいつ頃から始まりましたか？

_____ 年 _____ 月頃から または _____ 歳頃から

● 思い当たるきっかけや出来事がありますか？または これまでこの問題にどう取り組んでこられましたか？

● 上記のことで、これまでに当院以外の病院/相談機関に受診/相談したことがありますか？

いいえ はい → 病院名・相談機関名を教えてください _____

● その他 ご希望や心配なことがあればお知らせください

● 家族構成についてご記入ください

続柄	年齢	職業 学年など	同居/別居	備考
例) 父	40 歳	会社員	同 (別)	
			同 別	
			同 別	
			同 別	
			同 別	
			同 別	
			同 別	

* 精神・心理・発達面でお知らせいただけることがある場合には備考欄に記入してください(診断名・通院先等)

ご記入ありがとうございました