

1. 今日はどのような心配事でいらっしゃいましたか？

お名前

2. どのようなご希望がありますか？

3. その心配事での医療機関受診（無・有） 例）H23年6月～H25年3月〇〇病院 など

4. 出生前後の様子、発達の時期について

〈出生時〉 週数：.....週

体重：.....g.

〈気になったこと〉 早産、仮死：.....

〈一人歩き〉.....歳.....ヶ月 〈初めての言葉〉.....歳.....ヶ月 〈二語文〉.....歳.....ヶ月

5. 今までに罹った大きな病気

〈常備薬〉.....

6. 身長.....c m 体重.....K g.

7. 飲酒は… ①飲まない ②週に.....回 ③毎日 ⇒ 量（ビール1缶など）.....

8. 喫煙は… ①喫煙しない ②喫煙する.....本／日

9. 睡眠は… 就寝.....時 起床.....時（平均睡眠時間）：約.....時間）

寝付けない ・夜中に目が覚める ・朝早く目が覚める ・寝すぎる

10. アレルギー… なし・あり（.....）

11. ご家族は… 父親.....歳 職業.....最終学歴：.....

母親.....歳 職業.....最終学歴：.....

きょうだい：兄〇歳、妹〇歳など

配偶者：無 ・ 有 （結婚.....歳 離婚.....歳） 子供： 無 ・ 有

12. 性格：.....趣味・娯楽.....

13. 中学校以降のご略歴、ご様子をお聞かせください

例）公立中学校：卓球部、いじめあり……高校卒業後、〇〇会社に就職（営業）。など

最終学歴：.....（.....年生 ・ 卒業 ・ 中退）

現在の職業：.....転職は 無 ・ 有（.....回程度）

○ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい・いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。