

初診時間診票

記入日 令和 年 月 日

| | | | | |
|-------------|---|---------|------|----------------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | 年 月 日 |
| お子さまの 名前 | | 男・ 女 | 所属 | 幼稚園・保育園 小学校 |
| 電話 | 携帯（父）： _____ 自宅： _____ 携帯（母）： _____ ※主な連絡者に丸を付けてください（父・母） ※月～金曜の9：00～16：30の間で、繋がりやすい時間帯（ _____ ） | | | |

1) 本日受診された理由（気になることなど）をお書きください。

* ご本人が気になること（困っていること）： _____

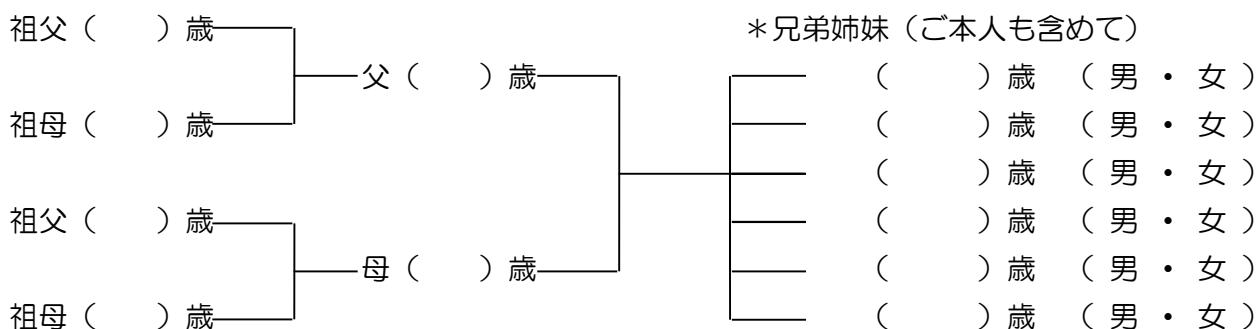
* ご家族が気になること（困っていること）： _____

※ いつ頃から、どのような症状・状態が、どのような経過で生じたかなど、なるべく詳しくご記入ください。

（ _____ 年 月ごろ、あるいは _____ 歳ごろから ）

2) ご家族についてご記入ください

（同居の方を○で囲ってください。亡くなった方がいれば、その方も含めてご記入ください）。



* ご家族・ご親戚の中で、お子さまと似たような症状・状態の方がいますか？ （いる・いない）

* ご家族・ご親戚の中で、精神的な問題で病院を受診したことのある方がいますか？ （いる・いない）

● 受診のきっかけはなんですか？

園や学校の先生からすすめられた 保護者自身が心配だった

保健所など市の相談機関からすすめられた 友人のすすめ その他（ _____ ）

11) その他

お子さまについて気になっていたこと、気付いたことなど、何でもご自由にご記入ください。

A large, empty rounded rectangular box with a thin black border, intended for handwritten notes or comments. The box is vertically oriented and occupies most of the page below the text.