

問診票（児童・思春期の方用）

ID： _____ 年 月 日 記入

ふりがな 氏名		生年月日 (歳)
住所		電話

○ マイナ保険証（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）をお持ちですか？
 （ はい ・ いいえ ）

★ 「はい」を選択された場合、下記①～②もご回答下さい。

- ① 診療情報取得に同意されましたか？ （ はい ・ いいえ ）
 ② 薬剤情報取得に同意されましたか？ （ はい ・ いいえ ）

本日ご相談したいことや、困っていることなどをご記入ください

これまでどこかに相談してこられましたか？

これまでにかかった主な病気やケガ、現在通っている病院などありますか？

アレルギー 無・有 ()
 ひきつけ 無・有 (熱の出た時・ない時)
 現在服用している薬 無・有 ()

* マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近1ヵ月以内の処方薬を除き記載を省略出来ます。

家族構成を教えてください（祖父母、両親、きょうだい）

氏名	続柄	年齢	同居・別居
			同・別
			同・別
			同・別
			同・別
			同・別

キーパーソンとなる方について教えてください

ふりがな 氏名		続柄		生年月日	
住所				電話	

ご家族に精神科受診歴のある方はいますか？

いない・いる ()

裏面もお願いします

