

問診票

記入者 父・母

わかる範囲でご記入ください

患者名	生年月日	S・H	年	月	日生	才
-----	------	-----	---	---	----	---

1. 来院目的 (いつからどのような症状があり、どういった事で来院されましたか?)

2. 家族構成を教えてください
死亡の場合、死亡時の年齢を記入して×をつけてください

父方祖父	才			患者さんの兄弟・姉妹		
父方祖母	才	父	才	(患者さんに○をしてください)		
母方祖父	才			第1子	才	男・女
母方祖母	才	母	才	第2子	才	男・女
				第3子	才	男・女
				第4子	才	男・女
				第5子	才	男・女

* 本日来院されている方はどなたですか？ 父・母・本人・他 ()

3. 家族や親戚に、医師から以下の診断をされている方がいますか？

(現在治っていても、過去にあれば○をつけてください)

熱性けいれん てんかん うつ病 統合失調症 強迫神経症 ノイローゼ
自閉症 チック どもり 多動児 ダウン症 遺伝子疾患

4. 家族や親戚に、左利きの方はいますか？ いる・いない

6. 妊娠中の様子を教えてください

妊娠中毒症を指摘された はい・いいえ
妊娠中異常を指摘された(羊水が多い、逆子など) はい・いいえ
妊娠中赤ちゃんの胎動はありましたか？ はい・いいえ
妊娠中お薬を使用しましたか？ はい・いいえ
タバコを吸いましたか？ はい・いいえ
お酒を飲みましたか？ はい・いいえ

