

## 子供の心の相談・発達外来 問診票

名前 \_\_\_\_\_ (普段の呼び名 \_\_\_\_\_)

生年月日 (平成・令和) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヲ月)

### ① 悩んでいること、相談したいことについて、大まかな年齢に添って

記入してくださると嬉しいです。 (具体的に、、例えば、いつ頃から言葉数が少ない、ハイハイをしない、意思疎通が心配、大泣きをして騒ぎだしたらとまらないなどなど)

---

---

---

---

---

---

今までこのことで受診した医療機関を教えてください。

---

言われた診断・治療内容・飲んでいる薬を教えてください。

---

現在通っている園、学校を教えてください。

---

園や学校で気になることはございませんか？

(特になし・あり)

---

園や学校の先生からこの事でアドバイス等ありましたか？

---

ご記入ありがとうございました。

一社アレルギー科・こどもクリニック