

記入日 西暦()年()月()日

フリガナ	
氏名:()	性別: 男・女
生年月日:西暦()年()月()日	年齢:()歳
住所 〒	
電話番号:自宅 () 携帯 ()	
メールアドレス: ()	
保育園・幼稚園・小学校・中学校 / シュタイナー関係 (はい・いいえ)	

すみれが丘ひだまりクリニックからの電話連絡に関するご確認

すみれが丘ひだまりクリニックでは、予約の確認、あるいはお問合せ等の理由で、お電話させていただく場合がございます。個人情報保護のため以下の事項について確認させていただきたいと思っておりますので、ご理解とご協力をお願い致します。

○ご連絡について

ご自宅 (可 ・ 不可) 携帯電話 (可 ・ 不可)

○お電話に出られた方に対してお伝えして良いものに○をつけてください。

(ご本人様以外の方が出られた場合も含む)

クリニック名 (可 ・ 不可) 担当者名 (可 ・ 不可)

○ご本人様不在時の対応について

留守番電話に伝言を入れる (可 ・ 不可)

電話に出られた方へ伝言を伝える (可 ・ 不可)

○上記以外にご連絡時のご要望がございましたらご記入下さい。

()

○ご希望の方に当院のお知らせなどを、お送りさせていただきます。(希望 ・ 不要)

◇当院を知ったきっかけは何でしたか。

- 山本記念病院 すみれが丘そよかぜクリニック
当院患者様の紹介(紹介者) 他院(医師・療法士)からの紹介(紹介者)
当院のホームページ 講演会・セミナー() 雑誌()
その他()

◇なぜ当院を選ばれましたか。

- アントロポゾフィー医療に興味があった 自然療法に興味があった 近いため
家族、友人に勧められた 医師、療法士に勧められた 自由診療部に受診していた
西洋医学では症状が改善しなかった その他()

◇ご予約時のご要望がございましたらご記入ください。

例: 家族と時間が重ならないようにしてほしい。同じ職場/学校の人と重ならないようにしてほしい。
月の医療費を2万以内にしたい。等

問診票

ID _____

氏名 _____

お子様の学校名:()

身長:()cm 体重()kg

同居の家族構成(名前・年齢)

父 : () 歳 職業:()

母 : () 歳 職業:()

兄弟姉妹 : () 歳 () 歳

() 歳 () 歳

祖父母 : () 歳 () 歳

1. 本日からした目的や相談したいことは何ですか。また、当院の治療に期待することを教えてください。

()

2. 生育過程においてお気づきになった点(心理面、身体面、家庭面など)、またその他お子さんの性格、行動様式友人関係に関してお気づきの点をご記入ください。

()

3. 他の病院にかかっていますか。 いいえ はい(病名)

4. 現在、飲んでいるお薬(サプリメントも含む)はありますか。 いいえ はい
(薬品・サプリメント名)

5. アレルギーについて

・アレルギーはありますか。 いいえ はい (薬物 食べ物 花粉 喘息 アトピー その他())

・家族にアレルギーがある人はいますか。 いいえ はい

・薬や注射、花粉などでじんましんやアレルギー反応が出たことがありますか。 ない ある

※ある場合、原因が分かれば教えてください。()

6. いままで下記に下記の病気を診断されたことがあれば✓をつけてください。

喘息 () 歳 扁桃炎 () 歳 虫垂炎 () 歳 溶連菌感染症 () 歳

肺炎 () 歳 心疾患 () 歳 はしか () 歳 消化器疾患 () 歳

結核 () 歳 百日咳 () 歳 水疱瘡 () 歳 アトピー性皮膚炎 () 歳

風疹 () 歳 おたふくかぜ () 歳 腎疾患 () 歳 髄膜炎・脳炎 () 歳

黄疸 () 歳 くる病 () 歳 皮膚疾患 () 歳 アレルギー性鼻炎 () 歳

中耳炎 () 歳 けいれん () 歳 肝疾患 () 歳 甲状腺疾患 () 歳

その他 () () 歳

7. 入院をしたことはありますか。 いいえ はい ※その病名は?()

8. 予防接種を受けたものに☑を付けてください。

ヒブ 四種混合 三種混合 ポリオ BCG MR 水痘(水疱瘡)

ロタウイルス おたふく風邪 A型肝炎 B型肝炎 子宮頸がん インフルエンザ

日本脳炎 HPV (ヒトパピローマウイルス) 小児用肺炎球菌

その他 ()

9. ご家族(祖父母・両親・子供)の病歴をお書きください。

例: 高血圧(父方祖母) 糖尿病(父) 喘息(兄) *祖父母は父方か母方かも記入してください。

[]

10. 出産について

- ・妊娠過程で特記すべき点がありますか。□いいえ □はい()
- ・出産過程について。□自然分娩 □帝王切開 / 満期産でしたか。 □いいえ □はい
- ・問題がありましたか。□いいえ □はい()
- ・生まれたお子さんに何か問題がありましたか。□いいえ □はい / 出生時体重 ()kg

11. 成長について

- ・栄養について。 □母乳 □人エミルク □混合
- ・授乳はいつまででしたか。 _____ 歳 _____ カ月まで
- ・体の成長は早い方でしたか。□早い □普通 □遅い
- ・人見知りがありましたか。 □いいえ □はい
- ・成長について、気になることはありましたか。 □いいえ □はい(どの様な?:)

下記の開始時期はいつですか。

- ・首座り ()カ月 ・ハイハイ()カ月 ・お座り()カ月 ・歩き始め()歳()カ月
- ・話始め()歳()カ月 ・おむつが取れた時期()歳()カ月 ・おねしょ終了時期()歳()カ月
- ・歯の生えはじめ()カ月 ・歯の生え変わり()歳()カ月 ・現在永久歯()本/ 歯の矯正□ある □ない

12. 視力について 右() 左() / □近視 □遠視 □乱視 □斜視 □眼鏡・コンタクト使用

13. 排泄について

- ・排便回数について(1日 回程度) / 1回の排便量について □多い □普通 □少ない
- ・排尿回数について(1日 回程度) / 1回の排尿量について □多い □普通 □少ない
- ・排便は毎日出ますか。□いいえ □はい ・下痢または便秘をしやすいですか。□いいえ □はい

14. 食事について

- ・食欲はありますか。 □いいえ □はい
- ・沢山食べますか。 □いいえ □はい
- ・好き嫌いはありますか。□いいえ □はい
- ・好きな食べ物は。() / 嫌いな食べ物は。()
- ・喉は渇きますか。 □いいえ □はい

15. 睡眠について

- 規則的 □不規則 □寝つき良い □寝つき悪い □夜中に目が覚める(回)
- 浅い □深い □夜泣き □よく夢を見る □目覚めが良い □目覚めが悪い
- 睡眠時間()時間/ 起床時間()時 ()分

16. その他

- ・腹痛、頭痛、咳など起こしやすい症状がありますか。□いいえ □はい(具体的な症状:)
- ・汗はよくかきますか。 □いいえ □はい
- ・学校(幼稚園等)は好きですか。□いいえ □はい/ 学校の場合、何の教科が好きですか。()
- ・友達と遊ぶのは好きですか。 □いいえ □はい
- ・集中して遊べますか。 □いいえ □はい/ 何をして遊ぶのが好きですか。()