

問 診 票

記入日： 年 月 日

ご記入者： _____

ふりがな お名前： _____ 男・女	生年月日： _____ 年 月 日 (_____ 歳)
ご住所： 〒 _____	
☎： _____	携帯： _____

***本日はどうしてご受診されましたか？** 高次脳機能障害 発達 各種診断書 足底板・装具
 ご相談されたいこと、ご症状について具体的にお書きください。

経過について、いつ頃からですか？

***現在、他の医療機関に通院されていますか？** (医療機関名、受診日、治療内容など)

***現在、処方されている薬はありますか？** (薬剤名、容量、治療内容など)

***これまでに入院や手術を要する病気・ケガなどはありますか？**
 ない・ある (病名： _____)
 (いつ頃： _____ 年 _____ 月 (_____ 歳)ころ _____)

***アレルギー： 無・有** (薬剤・食品、症状等)

ご家族について

続柄	年齢	既往歴・アレルギー・持病など
	歳	
	歳	
	歳	
	歳	

※ご記入頂いた事項はご本人(保護者)様への連絡、相談内容の検討・統計的処理以外には使用致しません。