

エールこころのクリニック 初診時間診票（未就学児）

受診者氏名 _____ 性別 男 ・ 女
生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳
記載者氏名 _____ 受診者との続柄：母親、父親、その他（ _____ ）

① 現在、困っていること、心配なこと、相談したいことは何ですか？

② 今回の当院受診で希望することに○をつけてください。（複数回答可）

・診断をつけてほしい ・薬の処方 ・カウンセリング ・診断書の交付
・接し方の助言 ・進学の相談

③ これまでにかかった大きな病気
（例：3歳 肺炎）

・
・

④ 現在、継続して治療している病気（定期的にお薬を内服している方はお薬手帳をご提示ください。）
（例：5歳～ てんかん）

・
・

⑤ お薬で副作用が出たことはある場合は薬品名と副作用の内容を記載してください。

（ジェネリック医薬品への変更ができない薬品がある場合も記載してください。）

薬品名（ _____ ） 副作用の内容（ _____ ）

⑥ 家族

* 同居している方に○をつけてください。受診者の接する時間が最も長い方に二重下線を引いてください。

父親、母親、兄弟姉妹（ _____ 人（受診者を含む））、

祖父（父方・母方）、祖母（父方・母方）、おじ、おば、その他（ _____ ）

父親 年齢 _____ 歳、職業 _____

最終学歴 中学校、高校、高専、専門学校、短大、大学、大学院、その他（ _____ ）

性格 穏やか、せっかち、怒りっぽい、そっかしい、まじめ、心配性、その他（ _____ ）

健康状態 健康、持病あり（ _____ ）、別離、死亡

母親 年齢 _____ 歳、職業 _____

最終学歴 中学校、高校、高専、専門学校、短大、大学、大学院、その他（ _____ ）

性格 穏やか、せっかち、怒りっぽい、そっかしい、まじめ、心配性、その他（ _____ ）

健康状態 健康、持病あり（ _____ ）、別離、死亡

