

記入日： 年 月 日 記入者： _____

問診票

※相談の対象となる方のお名前をご記入ください。

フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日 (歳)	性別
住所 (連絡先) 〒		
電話番号 () 携帯番号 ()	所属 (学校 / 学年)	
ご相談に来られた方 本人 ・ 保護者(氏名： 続柄：) その他(氏名： 続柄：)		

1. 今、どのようなことにお困りですか。

2. その問題はいつはじまりましたか。その後の様子についてもお書きください。

※裏面にもご記入ください

※ご記入いただいた事項および面接内容は、ご本人の連絡、相談の内容の検討・統計的処理以外には使用いたしません。

明治大学子どもこころクリニック

3. 今までに、このことで相談ないし治療に行かれたところがあればご記入ください。

年 月 ~ 年 月
年 月 ~ 年 月
年 月 ~ 年 月
年 月 ~ 年 月

4. 保育園、幼稚園、学校についてご記入ください。

学 校	
年 月	年 月
年 月	年 月
年 月	年 月
年 月	年 月

5. ご家族についてご記入ください。

続柄	名 前	年 齢		職業・学校(学年)など
		歳	同居・別居	

6. ご家族やご親類のなかに、同じような問題のある方がおられますか。

--

7. 当院をどうやってお知りになりましたか。

--

8. 来院が可能な曜日・時間帯をお書きください。

--