

ご本人問診票(必須)

※生活背景を把握して診察に役立てるために、一部立ち入った質問もございます。ご了承ください。

氏名	男・女 満()歳		
生年月日	年 月 日	出生地	
職業・仕事内容			
勤務先・学校名			

今回の受診は主にどなたのご希望でしょうか。

本人・配偶者・父・母・上司・その他()

現在、または、これまでに相談された医療機関、相談期間がありますか。 ある・ない

いつごろ()どちらに()

ご家族に大きな病気をされた方が(いる・いない)。

ご家族ご親戚に、発達の障害・知的な遅れのある方が(いる・いない)。

ご家族ご親戚に、精神科・心療内科で治療を受けられた方が(いる・いない)。

ご家庭に複雑な事情が(ある・ない)。

経済的には(余裕がある・普通・多少余裕がない・全く余裕がない)。

利用している制度に○を(自立支援医療・障害者手帳・障害基礎年金・利用していない)。

最も困っていらっしゃることはどういうことでしょうか。

今回の受診の目的と、当院で希望されることを具体的にお書きください。

診断のみ・外来治療・入院治療・デイケア専門プログラム「PDDADDグループ」

その他

ご両親問診票(必須)

※生活背景を把握して診察に役立てるために、一部立ち入った質問もございます。ご了承ください。

お父様のことについてうかがいます。

お父様の 氏名			
生年月日	年	月	日 満()歳
ご本人と同居しているか	同居している ・ 同居していない		
()年前から 単身赴任/入院中 ・ ()年前に死別 ・ その他()			
最終学歴	中学 ・ 高校 ・ 短大 ・ 大学 ・ 大学院 ・ 専門学校 ・ その他()		
職業・仕事内容			
勤務先名			

お母様のことについてうかがいます。

お母様の 氏名			
生年月日	年	月	日 満()歳
ご本人と同居しているか	同居している ・ 同居していない		
()年前から 単身赴任/入院中 ・ ()年前に死別 ・ その他()			
最終学歴	中学 ・ 高校 ・ 短大 ・ 大学 ・ 大学院 ・ 専門学校 ・ その他()		
職業・仕事内容			
勤務先名			

ご両親への質問です。

今回の受診の目的と当院で希望されること、ご本人について、心配されていることを具体的にお書きください。

診断のみ ・ 外来治療 ・ 入院治療 ・ デイケア専門プログラム「PDDADDグループ」

教育歴(必須) ※入学年月・卒業年月を記入

年	月	園名・学校名・学部学科名	該当に○を
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退
年	月		入園・入学・転園・ 転校・卒業・中退

相談・受診歴

相談期間	相談機関名・医療機関名
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	

職務経歴

就業期間	勤務先名・仕事内容	雇用形態
年 月 ～ 年 月		例) 契約社員
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		

結婚・出産歴

年 月	結婚・出産・離婚	年 月	結婚・出産・離婚
年 月	結婚・出産・離婚	年 月	結婚・出産・離婚
年 月	結婚・出産・離婚	年 月	結婚・出産・離婚
年 月	結婚・出産・離婚	年 月	結婚・出産・離婚

配偶者問診票(既婚の方)

※生活背景を把握して診察に役立てるために、一部立ち入った質問もございます。ご了承ください。

配偶者の方についてうかがいます。

配偶者の 氏名	
生年月日	年 月 日 満()歳
ご本人と同居しているか	同居している ・ 同居していない
()年前から 単身赴任/入院中 ・ ()年前に死別 ・ その他()	
最終学歴	中学 ・ 高校 ・ 短大 ・ 大学 ・ 大学院 ・ 専門学校 ・ その他()
職業・仕事内容	
勤務先名	
子の有無	いる()人 ・ いない

配偶者の方への質問です。

現在、または、これまでに相談された医療機関、相談期間がありますか。 ある ・ ない

いつごろ() どちらに()

ご本人について、困っていらっしゃる事、心配されていることはどういふことでしょうか。

今回の受診の目的と、当院で希望されることを具体的にお書きください。

診断のみ ・ 外来治療 ・ 入院治療 ・ デイケア専門プログラム「PDDADDグループ」
 パートナーの会 ・ その他

その他問診票(必要な方)

※生活背景を把握して診察に役立てるために、一部立ち入った質問もございます。ご了承ください。

あなたについてうかがいます。

氏名	
ご本人との 関係	
職業・仕事内容	
勤務先名	

現在、または、これまでに相談された医療機関、相談期間がありますか。 ある ・ ない

いつごろ() どちらに()

ご本人について、困っていらっしゃる事、心配されていることはどういふことでしょうか。

今回の受診の目的と、当院で希望されることを具体的にお書きください。

診断のみ ・ 外来治療 ・ 入院治療 ・ デイケア専門プログラム「PDDADDグループ」
 パートナーの会 ・ その他