

思春期外来 問診票

ふりがな		性別	生年	平成・令和
名前		男	年	年 月 日
		女	月	(歳)
			日	
住所	〒 -			
学校名				
学年				
記入者 氏名		続柄	連絡先 TEL :	
			TEL :	

①今、一番困っていることを具体的に書いてください。

②いつごろから症状（問題）が始まりましたか。

年 月 日（ 歳）頃から

③何かきっかけとなること（原因と考えること）はありますか。あれば具体的にご記入下さい。

④これまで、医療機関などで精神科的な治療を受けたことはありますか。あれば、施設名や治療期間なども書いてください。

※裏面もご記入ください。

