

大人の発達障害外来 問診票

診察の際に参考にさせていただきます。あらかじめご記入いただくと円滑な診療が可能となります。内容は医療サービスのためにのみ利用します。プライバシーは厳守いたします。

本人のお名前 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者のお名前 _____ 続柄 _____

* 今回の受診の目的を教えてください

診断のみ (診断を受け) 治療 その他

* 上記の質問で「(診断を受け) 治療」と「その他」と回答された方に質問です。

具体的に、希望(期待)することを具体的に教えてください

* 発達障害を疑われたのはどのような理由ですか？

* このことに対して、これまで他の施設で相談されたことはありますか？もしあれば、詳しくお書きください

就学状況

小学校

中学校

高校 (中退・卒業・大検/高認)

大学 学部 (_____ 年・中退・卒業)

専門学校

現在の勤務先 _____

