

No. _____

年 月 日

問診票

☺ 書きにくい部分・わからない部分・曖昧としていて答えにくい部分は空欄のまま構いません。

フリガナ		男性	生年月日	明 / 大 / 昭 / 平 / 令
お名前		女性		年 月 日 (歳)
ご住所	〒 _____	携帯番号	()	
		電話番号	()	

・どのようなことでお悩みですか？

・上記の内容はいつ頃からですか？ : _____

・これまでに精神科・心療内科に通院したことはありますか？

無 / 有 (受診期間: _____)

(医療機関名: _____)

・現在服用しているお薬または過去に服用していたお薬がありましたらご記入をお願いします。

・服薬に抵抗はありますか？ 無 / 有 (理由などございましたら: _____)

・これまでに経験した大きなケガや病気、持病などはありますか？

無 / 有 (_____)

出身地: _____

家族構成: _____

最終学歴: _____

現在のお仕事: _____

・アルコール 飲まない / 飲む (量はどれくらいですか? : _____)

・タバコ 吸わない / 吸う (1日約 _____ 本)

・アレルギー 無 / 有 (_____)

・通いやすい曜日・時間帯があれば教えてください。 _____

・当院のことはどちらでお知りになりましたか？

看板 知人の紹介 インターネット検索 その他 (_____)

・その他、医師に伝えておきたいことや聞いてみたいことなどがあればご記入ください。