

問診票

フリガナ ()

お名前

生年月日 T・S・H 年 月 日 年齢 歳

〒 -

※診断書や紹介状など、書類に記載する住所をご記入下さい

クリニックからの電話連絡

ご連絡先 (- -) 可 ・ 不可

携帯番号 (- -) 可 ・ 不可

ご職業 最終学歴 学校名 (卒業・在学中・休学中・中退)

●受診のきっかけ (あてはまるものに○をつけてください)

1. ご自身から 2. どなたかにすすめられて ()
 3. 他の精神科、心療内科などからの紹介 4. 精神科、心療内科以外からの紹介
 5. その他 ()

* 3、4に該当される方は病院名、紹介状の有無をご記入ください

病院名 () 紹介状 (有・無)

●本日はどのような事でいらっしゃいましたか (現在困っている内容)

いつ頃からですか (年 月頃から)

●何か思い当たる事がありますか

●これまでに精神科や心療内科を受診した事がありますか (有・無)

病院名	診断名	飲んでいたお薬	期間	
			年 月頃～	年 月まで
			年 月頃～	年 月まで

●大きな病気をしたことがありますか なし・あり 病名 ()
 * 高血圧、糖尿病、心臓病、肝臓病、腎臓病、緑内障、前立腺肥大、胃・十二指腸潰瘍、ひきつけ、けいれん等

●現在服用している薬はありますか なし・あり お薬名 ()

●アレルギーはありますか なし・あり ()

●お酒を飲みますか 飲まない・飲む (一日 杯程度)

●たばこを吸いますか 吸わない・吸う (一日 本程度)