

ふりがな			性別
お名前			男・女
生年月日	大・昭・平	年 月 日	(才)
ご住所	〒		
電話番号	自宅:	携帯:	
※事務上の連絡先	いずれかに○印をつけてください⇒自宅・携帯・その他()		

*いつ頃から、どのような症状がありますか？

・いつから：西暦 年 月 日 もしくは (才) 頃から

・症状について (なるべく詳しくお書き下さい)

(例:今年4月1日に人事異動があり、それから不眠・不安が生じ、食欲もない等)

・きっかけとなった出来事やストレス等があればお書き下さい。[]

*他院の心療内科・精神科にかかったことはありますか？

・なし ・あり () 病院・クリニック 西暦 年 月 ~ 西暦 年 月 (外来・入院)

*これまでに「からだ」の病気で診断・治療を受けたことはありますか？ ・特になし

・高血圧 ・糖尿病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・気管支喘息 ・甲状腺疾患 ・緑内障 ・前立腺肥大 ・その他()

*他院で処方されているお薬はありますか？ ・なし ・あり 内容()

*薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ・なし ・あり 詳細()

*お酒の習慣はありますか？ ・飲まない ・付き合い程度 ・週2~3日 ・ほぼ毎日(1日の量:)

*女性の方へ。現在、妊娠中または授乳中ですか？ ・どちらでもない ・妊娠中 ・授乳中 ・わからない

*出身地と最終学歴について ・出身地 _____ ・最終学歴 学校名 _____ (卒業・在学中・中退)

*ご職業について ・現在の仕事内容() 西暦 年 月 より

*婚姻について ・未婚 ・既婚(才) ・離婚(才) ・再婚(才) ・死別(才)

*ご家族について ・同居中の家族 () ・例:夫、子2人、夫の両親
両親、兄弟姉妹、子、配偶者のなかで (死別された方がいらっしゃれば、教えて下さい)

・同居していない家族 () ・例:父(死別)、母、兄1人、妹1人

*問診票への記入者(代筆の場合お書き下さい) ・お名前 _____ ・ご本人との続柄()

*当院を何でお知りになりましたか？(複数回答可です)

インターネット ・ 駅の看板 ・ 道路の看板 ・ 当院パンフレット ・ 知人からの紹介

他院からの紹介() 病院・クリニック ・ その他()

ご記入お疲れ様でした。問診票を受付へお渡しく下さい。