

ふりがな			性別
お名前			男・女
生年月日	昭和・平成 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: \_\_\_\_\_ 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)

Web 問診票に記載済み

・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 \_\_\_\_\_ 年 月 ~ \_\_\_\_\_ 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( ) 昭和・平成 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 ・同居中のご家族( ) ・例:夫、子2人、夫の両親

・同居していないご家族( ) ・例:父(死別)、母、兄1人、妹1人

(※ 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、お教えてください)

\* 問診票への記入者(代筆の場合はお書き下さい) ・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 ・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ださい。