

問診票

初診日：_____

ふりがな			男 女	生年月日	
名 前				昭和・平成	年 月 日 (歳)
住 所	〒			職 業	
電 話	()	-	携 帯	-	-

診療に役立てるため、おたずねします。書ける範囲でお答え下さい。

ご記入の情報は、当院の個人情報保護の観点から慎重にお取り扱い致します。

尚、クリニック内でお名前を呼ばれることに抵抗がある方は、受付にお申し出ください。

* 今日はどのようなことで受診されましたか？ 困っているのはどのようなことですか？

* それはいつ頃からですか？

* 今までに心療内科や精神科を受診されたことがありますか？ それはいつ頃ですか？

* 今までに大きな病気をしたことがありますか？ 現在治療中の病気はありますか？

* 下記に該当するものがあれば○で囲んで下さい。

高血圧症	糖尿病	高脂血症	心疾患	肺疾患	肝疾患	腎疾患	甲状腺疾患
アレルギー（喘息・薬剤アレルギー・食物アレルギー・その他）						飲酒習慣	喫煙習慣

* ご家族(同居者)は？

* 睡眠は？

* 食欲は？

* 当クリニックをどのように知りましたか？ チェックを入れて下さい。

☐ホームページ ☐携帯サイト ☐タウンページ ☐ファクトリー内の広告

☐その他 ()

ご協力ありがとうございました。