

問診票

フリガナ： \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_

性別：男・女 生年月日： 年 月 日 職業： \_\_\_\_\_

〒・住所： \_\_\_\_\_

電話番号 自宅： \_\_\_\_\_ 携帯電話： \_\_\_\_\_

■同居家族(自分を含めて) 人 父・母・配偶者・子供( )人・その他( )

■当院受診のきっかけ： ホームページ 医療機関の紹介 知人・友人の紹介

表の看板をみて 電柱の看板をみて その他( )

■困っていることを、何が、いつ頃から始まったか記入してください。

■精神科・心療内科の通院歴

時期： 年 月～ 年 月 医療機関名( ) 診断名( )

時期： 年 月～ 年 月 医療機関名( ) 診断名( )

時期： 年 月～ 年 月 医療機関名( ) 診断名( )

■既往歴：これまでに(精神科・心療内科以外で)病気をされたことがありますか？

(例： 糖尿病で治療中。15歳の時、虫垂炎で手術など)

■家族歴：ご家族、ご親戚で精神科的な問題があった方がいらしたら、ご記入ください。

(例： 父親が適応障害、祖母がうつ病など)

■その他、治療について何かご希望があればご記入ください。