

# 問 診 票

下記事項はすべて、診療上たいへん重要な内容になります。カルテ同様、クリニックの外部には一切出ることはありません。  
ご面倒ですが差し支えない範囲で、ご記入・該当項目を○で囲んで下さい。

記入日 年 月 日

フリガナ		TEL	
氏名			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (満 才)	性別	男 ・ 女
現住所	(〒 - )	職業	
		最終学歴	
		同居の家族	
1. 今日はどうされましたか？(今一番つらい症状やお困りのことをありのままにお書き下さい)			
2. それはいつ頃からですか？ ( 年 月頃から or 歳頃から)			
3. これまでに心療内科・精神科を受診されたことはありますか？ ( ある ・ ない ) (ある)に○をされた方は、いつ頃、どの医療機関にかかれていましたか？ ( )			
4. これまでに大きな病気やケガをしたことはありますか？ ( ない ・ ある ) ( 糖尿病 ・ 甲状腺 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ 現在妊娠の可能性あり ・ 授乳中 ) ( その他 )			
5. 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ( ない ・ ある ) (ある)に○をされた方は、お薬名をわかる範囲でお書きください。(お薬手帳のご提示でも可) ( )			
6. アレルギーはありますか？ ( ない ・ ある ) (ある)に○をされた方は、詳しく教えてください。 医薬品( ) 食物( ) 他( )			
7. 嗜好について教えてください。 飲酒( 飲まない ・ たまに ・ 毎日 / → いつから？ お酒の種類は？ 量は？ ) 喫煙( 吸わない ・ 吸う / → 何歳から？ 1日あたり 本程度)			
8. 今日、どなたと来院されましたか？ ( 本人のみ ・ 父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 配偶者 ・ 子供 ・ 孫 ・ 他 )			
9. 当院をどちらでお知りになりましたか？ ( 医療機関の紹介 ・ 知人の紹介 ・ ホームページ ・ チラシ ・ 駅看板 ・ 通りすがり ・ 他 )			
10. その他気になることがあれば記載ください			

ご記入ありがとうございました。受付スタッフへお渡しください。