

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ 氏名		職 業	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (満 才)	性 別	男 ・ 女
現住所	(〒 -)	TEL	
		携帯	

1. 今回、来院された目的、相談したい内容、一番困っておられることについて、(簡単)にお書きください。

2. 上記の症状はいつごろからですか？

3. その症状について思い当たる原因がありますか？ (ある ・ ない ・ わからない)

【内容】

4. 以前にも同じように具合が悪くなったことがありますか？

5. 現在までに、その症状について他の医療機関を受診されましたか？

医療機関名	治療期間	使用薬品名	治療感想・他

6. 既往歴

① 今までに大きな病気をしたことがありますか？ (ある ・ ない)

病名 _____ 歳 _____ 病院 現在治療中 ・ 完治

病名 _____ 歳 _____ 病院 現在治療中 ・ 完治

② 現在、内服中・使用中的なお薬はありますか？ (ある ・ ない)

内容 : (_____)

③ アレルギーの有無 : 無 ・ 有 (内容 _____)

問 診 票 (2枚目)

7. 現在の生活習慣についてお尋ねします

- ① 飲酒 : 飲まない ・ 飲む (1日量 およそ_____、週に約_____日)
② タバコ : 吸わない ・ 吸う (約_____本/日)

8. あなたの出身のことについてお尋ねします

- ① 出身地 :
② 最終学歴 :
③ 結婚歴 : ・未婚 ・既婚(年 月に結婚) ・離婚(年 月に離婚)
・その他()
④ 現在妊娠されていますか : (はい ・ いいえ)
⑤ 性格 :
⑥ 宗教 :
⑦ 家族構成 :

続柄	年齢	住居
		同居 ・ 別居

- ⑦ ご家族やご親族の中に、精神科・心療内科にかかったことのある方はおられますか? (ある ・ ない)
続柄 : () 病名 : ()
続柄 : () 病名 : ()

9. 上記に記入したこと以外で、特に診察の際に必要と思われる点や、書ききれなかった事柄、心配な点などがあればご記入ください。

10. 当院をお知りになったのは、以下のいずれですか?

- ・ インターネット
- ・ 看板
- ・ ご友人、ご家族などの紹介
- ・ その他()

ご協力ありがとうございました。記入された方は受付へお渡し下さい。順番がきたらお呼び致しますので、お待ちください。