

問 診 票

平成 年 月 日

お名前

さしつかえない範囲でかまいません。ご記入よろしくお願ひいたします。

1. 本日はどういふことで受診されましたか。困っていること、症状などについて教えて
ください。また、それはいつ頃からのことですか。

2. 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。(○をつけてください)

はい いいえ

「はい」と答えられた方は、

いつ頃、どちらを受診されましたか。()

3. 心療内科や精神科の入院歴はありますか。(○をつけてください)

はい いいえ

「はい」と答えられた方は、

いつ頃、どちらに入院されましたか。()

4. 現在、服用している薬があればわかる範囲で、教えてください。お薬手帳があれば、
受付でご提示ください。

()

5. 今までにお薬や注射で気分が悪くなったことがありますか。あれば教えてください。

()

6. アレルギーはありますか。(○をつけてください)

ない ある・・・食品() その他()

7. 今までに大きな病気やケガで入院や通院をしたことがあれば教えてください。

()

8. 生活習慣について (○をつけてください)

飲酒・・・飲まない

飲む(ビール、焼酎、日本酒、ウイスキー)を1日() ぐらい

タバコ・・・吸わない

吸う(1日 本ぐらい)

9. 女性の方で妊娠中もしくは授乳中の方は教えてください ()

10. 当クリニックをどこで知りましたか。(○をつけてください)

(ア) たまたま通りかかって

(イ) 広告を見て 《 》

(ウ) 家族・知人の勧めで 《 》

(エ) 医師の紹介 《 》

(オ) その他 《 》

ご記入ありがとうございました。