

問 診 票

記入日：令和 年 月 日

ご本人	ふりがな 氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	住所 〒	電話 ()
連絡先	ふりがな 氏名	続柄
	住所 〒	電話 ()
お困りなことは何ですか (受診動機)		
当院は、初めてですか はい ・ いいえ		
当院は、どのようにしてお知りになりましたか 主治医からの紹介 (通院先:) 知人の紹介 ・ 市役所 ・ 保健所 ・ ホームページ ・ その他 ()		
精神科受診歴 あり ・ なし 病名()		
【メンタルクリニック・精神科に受診したことのある方】 <input type="checkbox"/> 初めて受診したのは何歳頃ですか (歳頃) <input type="checkbox"/> 現在、通院中ですか (はい ・ いいえ) <input type="checkbox"/> 通院先がある場合、医療機関名 (病院・クリニック) <input type="checkbox"/> 精神科に入院したことはありますか (はい ・ いいえ) <input type="checkbox"/> ご家族で精神科に受診歴のある方はいますか いない ・ いる ()		
【身体状況について】 <input type="checkbox"/> 大きなけがや身体の病気をしたことはありますか なし・あり () <input type="checkbox"/> 糖尿病 なし・あり <input type="checkbox"/> 睡眠 良・不 <input type="checkbox"/> 食欲 良・不 <input type="checkbox"/> アレルギー 無 ・ 薬剤 () ・ 食物 () その他 () <input type="checkbox"/> 常用薬: なし・あり () <input type="checkbox"/> 飲酒: 無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 喫煙: 無 ・ 有		【現在飲んでいるお薬】 お薬手帳 あり ・ なし ※お薬手帳をお持ちの方は お知らせください。
【生活状況について】 <input type="checkbox"/> 同居者について なし・父・母・兄弟・夫・妻・子供・その他 () <input type="checkbox"/> 最終学歴 () <input type="checkbox"/> 職歴 () 現在の職業 なし・あり () <input type="checkbox"/> 生育過程で問題を指摘されたことはありますか なし・あり ()		

ご協力ありがとうございました。