

NO. \_\_\_\_\_

# 問 診 票

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな お名前	生年月日	年	月	日生	才
	性別 [ 男 ・ 女 ]				

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

ご連絡可能なお電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_

診療に役立てるため、下記の質問事項にご記入、または該当するものに○印をつけてください。

01. 本日はいかがなされましたか？ 一番困っていることは、どのようなことですか？

例：眠れない。気分が落ち込む。イライラする。など

02. それはいつ頃からですか？

03. 過去に精神科・心療内科を受診されたことはありますか？ [ はい ・ いいえ ]

病院名 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

04. 現在、精神科・心療内科に通院治療中ですか？ [ はい ・ いいえ ]

病院名 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

05. 過去にかかった主な病気やケガがございましたら教えてください。

例：5年前、盲腸で手術、〇〇病院。3年前、交通事故で右足骨折。など

06. 04.以外に現在治療されているご病気、使用中的お薬、通院中の病院がございましたら教えてください。

例：2年前から高血圧、薬（〇〇）服用中。7年前から貧血で〇〇病院通院中。など

07. 食品や薬のアレルギーがございましたら教えてください。 [ ある ・ ない ]

08. 女性の方：妊娠中または妊娠している可能性はありますか？ [ はい ・ いいえ ]

診療について、ご希望、または上記事項の他に伝えたいこと、相談したいことがございましたらご記入ください。

ご記入いただきましたら、受付にご提出願います。ご協力をありがとうございました。

※個人情報につきましては、当クリニックの個人情報保護方針に従い適正に取り扱います。

院長 川原田 京子