

★問診票★

診察の前に、こちらの問診票にご記入願います。書けない箇所は空欄でもかまいません。

ふりがな
お名前 _____ 様 生年月日 T・S・H 年 月 日

住所 〒 _____

電話番号 _____

記入者： 本人 家族（続柄 _____） その他（ _____ ）

・当院をどちらでお知りになりましたか？

- チラシ 近くを通りかかって ホームページ 家族・知人に勧められて
 電柱広告 他の医療機関からのご紹介 電話帳
 その他（ _____ ）

・当院から電話でご連絡さしあげる場合、医院の名前をお出ししてかまいませんか？

- はい いいえ

・本日の受診について、

- ご本人の希望にて ご家族、職場から勧められて
 他の医療機関からのご紹介 その他（ _____ ）

・現在お困り、お悩みのことをお書きください。

・上記はいつ頃からお困りですか？

・上記のきっかけになる出来事などがございましたらお書きください。

★次のページに続きます★

・ご家族の構成をお書きください。

・血のつながったご家族の中で、精神科等に通院されている方はいらっしゃいますか？

・お薬やお食事でのアレルギーはございますか？

ない

ある（ ）

・飲酒について。1日の飲酒量、飲酒の時間、お酒の種類などお書きください。

全く飲酒されない方は、「なし」にチェックしてください。

なし

・喫煙はされますか？

はい（一日 本程度）

いいえ

・今回、当院での治療でどうなりたいか、当院での治療で期待したいことをお書きください。

・その他、ご質問ご要望など気になることがございましたらご自由にお書きください。

★質問は以上です。お疲れさまでした。こちらの問診票は受付にお渡しください。