

ID \_\_\_\_\_

# 問診票

年 月 日

フリガナ 名前	-----	生年月日	明 大 昭 平	年 月 日 ( 歳)
住所	〒		電話	
			携帯	

\*書きにくい部分、分からない部分、曖昧としていて答えにくい部分は空欄のままで構いません。

出身地： \_\_\_\_\_ 家族構成： \_\_\_\_\_

最終学歴： \_\_\_\_\_ 同居している方： \_\_\_\_\_

現在の仕事（職種、仕事内容、勤続年数など）  
\_\_\_\_\_

◇次のあてはまるものに○を付けてください。

- ・アルコール（飲まない／飲む：量はどれくらいですか？ \_\_\_\_\_ )
- ・タバコ（吸わない／吸う：1日約 \_\_\_\_\_ 本）

◇ご自身はどのような性格だと思いますか？  
\_\_\_\_\_

◇どのようなことでお困りですか？ それはいつ頃からですか？（来院理由）

◇これまでに心療内科・精神科に通院したことはありますか？（受診時期、医療機関名）  
\_\_\_\_\_

◇これまでに経験した大きな怪我や病気、持病はありますか？  
\_\_\_\_\_

◇現在服用している薬、過去に服用していた薬がありましたらお書きください。  
\_\_\_\_\_

◇通いやすい曜日・時間帯があればお書きください。 ◇カウンセリングは希望されますか？（○を付けてください）

はい ・ いいえ ・ どちらでもない

◇その他、医師に伝えておきたいこと、聞いてみたいことがあればご記入ください。  
\_\_\_\_\_

◇当院はどこでお知りになりましたか？

インターネット検索 知人の紹介 看板 パンフレット その他（ \_\_\_\_\_ )

ご記入ありがとうございました。