

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。