



問診票

フリガナ _____ 年 月 日生 (歳) 性別 男・女

氏名 _____ 職業 _____

住所 〒 _____ - _____

電話番号 自宅 : _____ - _____ 携帯電話 : _____ - _____

同居家族 (自分を含めて) _____ 人 | 父・母・配偶者・子供 () 人・その他 ()

■当院を受診しようと思われたきっかけがございましたら、お教えてください。

ホームページ 医療機関の紹介 知人・友人の紹介 看板を見て
 その他 ()

■今回はどなたが困って来院されましたか？

患者さんご自身 周りの方 両方

■困っていることを、何が、いつ頃から始まったか記入してください。

■通院歴：これまでに精神科・心療内科を受診されたことがありますか？ある場合は下記にご記入ください。

時期	医療機関名	診断名
年 月 ~ 年 月 () ()		
年 月 ~ 年 月 () ()		
年 月 ~ 年 月 () ()		

■既往歴：これまでに（精神科・心療内科以外で）大きな病気をされたことがありますか？

ある場合は下記にご記入ください。

① 歳時 病名 () ③ 歳時 病名 ()
② 歳時 病名 () ④ 歳時 病名 ()

■アレルギー

なし あり アレルギーの種類 ()

■家族歴：ご家族、ご親戚で精神的な問題があった方がいらしたら、ご記入ください。

(例： 父親 うつ病で通院 、母 パニック障害 など)

■その他、治療について何かご希望があればご記入ください。