



## 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。