

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			昭・平・令 年 月 日
住所	〒		
電話番号		緊急連絡先	続柄（ ）

今一番困っていること、相談したい内容をご記入ください。	
その症状はいつ頃からありますか？きっかけとなる出来事があれば教えてください。	
心療内科・精神科の受診歴はありますか？ ☐ なし ☐ あり（時期： 診断名：	
他科既往（手術）歴はありますか？ ☐ なし ☐ あり（ ）	
現在、飲んでいるお薬（市販薬・サプリメント含む）はありますか？ ☐ なし ☐ あり（ ）	
食べ物やお薬のアレルギーはありますか？ ☐ なし ☐ あり（ ）	
喫煙・飲酒について教えてください。 喫煙： ☐ 吸わない ☐ 吸う（ 本／日） 飲酒： ☐ 飲まない ☐ 飲む（週 日／量・種類 ）	
※女性の方へ、現在、妊娠中あるいは授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい（ ☐ 妊娠中 ☐ 授乳中 ）	
労災の申請予定はありますか？ ☐ なし ☐ あり	
現在お持ちのものはありますか？ ☐ 自立支援 ☐ 精神障害者福祉手帳 ☐ 身体障害者福祉手帳 ☐ 愛の手帳 ☐ その他（ ）	
その他ご要望がありましたらご記入ください。	
当院をどちらでお知りになりましたか？ ☐ インターネット ☐ 看板 ☐ 知人の紹介 ☐ その他（ ）	

* ご協力ありがとうございました