

< 問診票 >

※診察をスムーズに行なうため、可能な範囲でご記入下さい。わからない項目については空欄のままでも結構です。

フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 歳)
お名前	男・女		

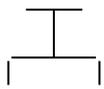
○これまでに精神科や心療内科などを受診されたことはありますか？ ( ない ・ ある )  
 ( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月まで 医療機関名 ( ) 入院・外来

○現在、困っていることや症状、状況などは何でしょうか？ ( できるだけ詳しくご記入下さい )

それはいつ頃からですか？ ( ) 年 ( ) 月頃 または ( ) 歳頃  
 思い当たるきっかけなどがありますか？ ある ( ) ・ ない

○ご家族について

ご両親 父 ( 歳 ) ・ 母 ( 歳 ) 兄弟姉妹 なし ・ あり ( 人中 番目 )  
 結婚歴 未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 / 子供 なし ・ あり ( 人 )  
 現在同居している方 なし ・ あり ( )



○生育歴・教育歴・職業歴について

出生地 ( )  
 最終学歴 ( 小学校 ・ 中学校 ・ 高校 ・ 専門学校 ・ 大学 ) 卒業 ・ 中退  
 現在 ( または最終 ) のご職業 ( ) ( ) 年位 ・ ( ) ヶ月位 転職 なし ・ あり ( ) 回

○既往歴 ( 現在の通院先、病名、内服状況、これまでの大きな病気や怪我など、可能であれば時期 )

医療機関名 ( ) 病院 年 月 ~ 病名 ( )

○生活状況について ( 趣味、嗜好品、性格傾向、介護保険など )

趣味 ( )、お酒 ( 毎日飲む ・ 機会があれば飲む ・ 飲まない )、タバコ ( 吸う / 1日 本 ・ 吸わない )  
 性格 ( 内向的 ・ 社交的 ・ 神経質 ・ 短気 ・ 飽きっぽい ・ マイペース ・ 頑固 )  
 介護保険 ( 認定済み / 要支援 ( ) ・ 要介護 ( ) ) / サービス状況 ( ) ・ 未申請

○その他 ( 診療に関するご希望やご要望、気になること、車の運転状況、アレルギーなどがあればご記入ください )

< 備考 >

※ご協力ありがとうございました。ご記入が終わりましたら、受付までお声かけください。

※ご記入いただきました個人情報は、厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。