

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
			年 月 日 (満 歳)
住所	〒 —		
TEL	() —		
携帯	— —		

① 付き添いの方のお名前 () 続柄 ()

② いつからどのような症状ですか？

いつ頃 症状

③ これまでにかかった主な病気をあげてください。それはいつ頃ですか？

病名	いつ頃
() ()	()
() ()	()

④ これまで心療内科・精神科の受診歴はありますか？それはいつ頃ですか？

医療機関	症状	いつ頃
() ()	() ()	()
() ()	() ()	()
() ()	() ()	()

⑤ 現在、治療中の病名やお薬の名前をお書きください。

⑥ ご家族・ご親戚で、心療内科・精神科を受診された方がおられますか？

⑦ このクリニックを何でお知りになりましたか？

- | | | |
|-----------|-------------------|---------------|
| 1. 電話帳 | 2. ホームページ・インターネット | 3. 他院 () |
| 4. 家族・知人 | 5. 広告 () | 6. 看板 (電柱・バス) |
| 7. バス車内放送 | 8. 以前、受診したことがある | 9. その他 () |