

問 診 表

年 月 日

記入者：本人 / 同伴者 ()

(フリガナ)

氏 名： 生年月日： 年 月 日 (歳)
住 所：
電 話： 携帯電話：

○家族構成についてご記入ください

名前	続柄	年齢	職業	同居
例)花子	妻	50	主婦	○

○アレルギーと言われたことがありますか？

ある () ない

○湿疹, かぶれ, じんましんができた事がありますか？

ある () ない

○今までに重い病気や手術をしたことがありますか？

ある (いつ頃?) ない

(病名は?)

○現在のんでいる薬がありますか？

ある (薬名:) ない

○ご家族の中に精神科・心療内科に

かかられたことのある方はいますか？

いる () いない

○現在、下記の症状があれば☑してください

- 糖尿病 甲状腺機能異常
 高血圧 心疾患
 てんかん 高脂血症
 妊娠している その他 ()

身長 _____ cm 体重 _____ kg

○今日相談したいことは何ですか？具体的にお書きください (いつ頃から、どのような症状があった・・・など)

○現在のお仕事や生活の状況を教えてください

○これまでに精神科、心療内科、療育機関、相談機関に相談されたことはありますか？

ある (病院・機関名:) ない

(いつ頃:)

(相談内容:)

○どのようにして当院を知りましたか？

○本日の受診はどなたの考えですか？

本人 家族 他 ()

○当院でどのようなことを希望されますか？

- 診断 入院
 検査 カウンセリング
 薬の処方 他 ()

○伝えておきたいことがあればご記入ください