

問診票

令和 年 月 日

ふりがな

受診者氏名 _____ 男・女 生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳)

記入者名 【 _____ 】

受診者との関係 【 _____ 】

職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

○紹介状はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

当院は、どちらでお知りになりましたか？

- 友人・知人の紹介 他の医療機関からの紹介 ネットで当院ホームページを見た
 看板をみて 院内広報誌 その他 (_____)

1. 本日は、どのようなことで受診されましたか？ (✓いくつでも可)

- 眠れない 不安感 疲れる 気分が落ち込む
 落ち着かない 物忘れがある イライラする 死にたくなる
 食欲低下 怒りっぽい お酒がやめられない
 実際にはないものが聞こえる・みえる

★その他 (上記以外での症状や、ご相談されたいことをお書き下さい。)

2. その症状 (問題) はいつ頃から続いていますか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日頃から (悪くなっている・良くなっている・変わらない)

3. いままでに、精神科・心療内科を受診したことがありますか？ (はい・いいえ)

(はい) に○をつけた方

病院名 【 _____ 】

いつから 【 _____ 】

 裏面にも記載があります

