

初めて受診を希望される方へ

問 診 票 (1) 平成____年____月____日

以下の項目について、可能な範囲でご記入ください。

ふりがな ()

1) お名前 _____ 性別 (男 女) 2) ご職業 _____

3) 配偶者の有無 (既婚 未婚 離婚)

4) 生年月日 (大正 昭和 平成) ____年____月____日 年齢____歳

5) ご住所 (〒 _____) _____

6) 電話番号 _____ 7) 同居家族 (ご自分を含めて) _____人

8) 同胞 (兄____人 弟____人 姉____人 妹____人)

9) 最終学歴 (中学卒 高校卒 専門学校卒 短大卒 大卒)

中途退学されていれば、その時期 _____

10) 職歴 職種をお書きください。 _____

入職は____年____月 (退職している場合____年____月)

複数の会社に勤めているときは、順を追って、入職の時期と退職の時期を記載してください。

11) 発病の時期 (____年____月ごろ)

12) 発病時の生活状況

13) 発病時の症状

14) 現在の生活状況

15) 受診状況（精神科、心療内科に関して）

#- 1 今回が初めての受診ですか？（はい いいえ）

過去に受診された方の場合。

最初に受診した医療機関名_____

受診年月日_____年_____月_____日ごろ

#- 2 転医されている方へ。

このクリニックは何番目になりますか？ _____番目

今回、転医をされる理由は、大よそどのようなことですか？

このクリニックを受診される動機または理由をお聞かせください。

16) 服薬状況

過去に服薬したことがあれば、薬名と用量をお書きください。

効果があった薬の名前は何ですか？

無効だった薬の名前は何ですか？

副作用が出た薬があれば、薬名と副作用の症状をお書きください。

17) 医師に相談されたい内容を、具体的にご記入ください。