

問 診 票

記入日: 令和 年 月 日

記入者: 本人 / 代理 (続柄)

ふ り が な		生年月日	昭和・平成 年 月 日		
お 名 前	様	身長	cm	体重	Kg
住 所	〒 -				
連 絡 先	携帯) 自宅)				

1. 現在お困りの症状は？

1) どのような症状ですか？

2) いつ頃から始まりましたか？

2. 他の精神科病院やクリニック、総合病院の心療内科等に受診されたことがありますか？

☐ いいえ、 ☐ はい (医療機関名)

現在処方されている薬はありますか？ (薬剤名、用量、投薬期間など)

※受診時にマイナンバー保険証による情報取得に同意される場合は直近1カ月以内を除き省略可

3. 1. 以外のご病気やけがをされたことがあればご記入ください。

4. この1年間で健康診断を受診しましたか？ (受診時期、指摘事項など)

※受診時にマイナンバー保険証による情報取得に同意される場合は省略可

5. 最終学歴【☐ 中学校、☐ 高校、☐ 専門学校、☐ 大学、☐ 大学院】 ☐ 卒業、☐ 在学中、☐ 中退

6. 家族構成 (同居 :) (別居 :)

7. 職業歴

歳～ 歳		歳～ 歳	
歳～ 歳		歳～ 歳	
歳～ 歳		歳～ 歳	

8. 飲酒、喫煙について

・飲酒 : ☐ 飲まない、 ☐ 飲む、 ☐ 過去に飲んでいた

(種類 : 週 回、 量 mL/日)

・喫煙 : ☐ 吸わない、 ☐ 吸う (1日 本)

9. お薬や食べ物などにアレルギーはありますか？

☐ ない、 ☐ ある : 何に対してアレルギーを起こしたか ()
アレルギーの症状 ()

10. 20歳未満の方で、保護者が同伴されていない場合、受診されることに対して保護者の方は同意されていますか？ (☐ はい ・ ☐ いいえ)