

# □初めて診察を受けられる方へ□

この問診票は、医師があなたをより理解するためのものです。書ける箇所だけで構いません。ご記入をお願いします。

記入日 年 月 日

記入者 ご本人 ・ その他 ( )

フリガナ

氏名 ..... 男 ・ 女

生年月日 大・昭・平 年 月 日 (満 歳)

携帯番号： ..... 続柄 ( ) (20歳未満の方は保護者の番号を記載ください)

自宅番号： .....

(〒 - )

住所： .....

① お悩み事、症状を教えてください。ご相談でも構いません。なるべく詳しくお書きください。(例：2週間前から気分が落ち込む、眠れない、など)

.....

② いつ頃からですか？  
(例：～年 月頃から、または～歳頃から)

.....

③ 何かきっかけ、理由がありますか？  
ない ・ ある (理由： )

④ 来院はお一人ですか？付き添いの方はいますか？  
一人で ・ 付き添いあり (続柄 氏名： )

⑤ これまでに精神科・心療内科を受診されたことはありますか？  
ない ・ ある (病院・クリニック名： )

⑥ ご家族の中に精神科・心療内科に通院歴のある方はいますか？  
ない ・ ある (続柄： 病名： )

⑦ 今までに大きな病気をされたことがありますか？  
ない ・ ある (がん、肝炎、甲状腺疾患、手術など)  
(病名) .....

※裏面もございます

