

問診票

平成 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、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

