

# 初診問診票

平成 年 月 日

ふりがな		
受診者氏名		男・女
住 所	〒 —	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	
電話番号	— —	
以前に受診された方はいつ頃かご記入下さい		

《下記の質問にお答え下さい。》

記入者氏名 \_\_\_\_\_ 本人 ・ 家族 ・ その他 ( )

① どなたと来られましたか？

本人のみ 家族のみ 本人と家族 その他 ( )

② これまでに精神科・心療内科を受診されたことがありますか？

受診したことがある ( 当院 ・ 他病院 ) 今回が初めて

③ 相談内容について、お書き下さい。(紹介状をお持ちの方はかまいません)

[ ]

④ 今までに大きな病気、ケガをしたことがありますか？

ある ( 病名 : ) ない

⑤ 現在、飲んでいる薬がありますか？ (紹介状をお持ちの方はかまいません)

ある ( ) ない

⑥ 薬を飲んだり、注射をして副作用が起きた事がありますか？

ある ( ) ない

⑦ 当院をどこでお知りになりましたか？

紹介 ( 紹介元 ) ・ ホームページ ・ その他 ( )