

# 問 診 票 【はじめての方】

カルテ作成に必要ですので、以下の項目をご記入ください。

(ふりがな) お名前			
生年月日	昭和・平成	年	月 日
性別	男 ・ 女 ・ その他		
住所	〒 -		
電話番号1	-	-	-
電話番号2	-	-	-
FAX番号	-	-	-

○緊急連絡先（ご家族など）

(ふりがな) お名前			
ご関係 (○をつけてください)	父・母・配偶者・兄・姉・弟・妹・子・友人 その他（ ）		
電話番号	-	-	-

○これまでに治療を受けた病気やけががあれば、お書きください なし（ ）

	病 名	現在も治療中の場合は ○をつけてください
歳		( )
歳		( )
歳		( )
歳		( )
歳		( )

○アレルギーがあれば、お書き下さい なし（ ）

食品			
薬			
その他			

→ 裏もお書きください。

●相談したい内容をお書きください

いつから? :                      歳から /                      年から

●相談したい内容について、通院したことがあればお書きください                      なし (     )

年齢	医療機関	診断
歳～ 歳		
歳～ 歳		
歳～ 歳		

○何人きょうだいの何番目ですか?                      (     ) 人きょうだいの (     ) 番目

○血のつながったご家族が心療内科に通院されていましたか/いますか?                      なし (     )

ご関係	病名	今も治療されていますか?
		はい・いいえ
		はい・いいえ
		はい・いいえ

○最終的な学校は?                      中学・高校・専門学校・短大・大学・大学院

○最終的なお仕事は?  
今も働いていますか?                      はい・いいえ (退職     年前)

○ご結婚されていますか?                      未婚・既婚・離婚・死別

○同居されているご家族をお教えてください  
一人暮らし                      同居家族あり (     )

○熱心に信仰している宗教はありますか?                      はい (     ) ・いいえ

○タバコを吸いますか?                      はい (1日     本) ・いいえ

○お酒を飲みますか?                      毎日・週に数回・機会があれば・まったく飲まない

○趣味はなんですか?                     

ありがとうございました。