

問診票(初めての方へ)

令和 年 月 日

フリガナ	
氏名	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生まれ、満()歳
性別	男・女
住所	〒 -
電話番号	自宅・携帯() -
同伴者	なし・あり(ご関係)

1. 一番治したい症状や相談したいことを教えてください

2. その症状はいつ頃からありますか?(年 月 日頃から)
その症状のきっかけとなる出来事がありましたら教えてください。

3. 現在、使用しているお薬(処方薬・市販薬)や健康食品などありましたら、教えてください。

4. 治療中であつたり、過去に治療を受けていた、身体の病気があれば教えてください。
また、治療を受けていた医療機関がお分かりであれば教えてください。

5. 精神科や心療内科に受診したり、過去に受診したことはありませんか?
もしあれば、診断名、医療機関名、治療期間を教えてください。

6. 血のつながった家族・親戚の方で、精神科、心療内科、神経内科、脳神経外科を受診した方が
いれば、ご関係と診断名を教えてください。

7. 当院をどちらでお知りになりましたか?
 他の医療機関からの紹介 知人の紹介 インターネット 前を通りかかって
 道路看板 チラシ 電話帳 新聞広告 その他()

8. 診療に関して希望事項がございましたらお書きください

