

年 月 日

問診票

記入者:本人・家族(続柄:)

ふりがな
氏名

電話番号

〒 -

住所

◇本日は、どのようなことで来院されましたか？

[]

◇それはいつ頃からですか？ _____年_____月_____日頃から（または_____歳頃）

◇きっかけなど思い当たることがあれば、お書きください。

[]

◇そのことで、今までにほかの病院を受診したことがありますか？ はい・いいえ

病院名() 時期()

病院名() 時期()

◇現在、治療中の病気や、飲んでいる薬はありますか？ はい・いいえ

病名() 薬()

◇アレルギーが出たことはありますか？ はい・いいえ

具体的に()

◇女性のみお答えください。

月経周期: 順調・不調・妊娠中(週)・止まっている・閉経()歳

◇生活習慣について教えてください。

・睡眠: 規則正しい・寝つきが悪い・夜中に目が覚める・明け方に目が覚める・寝た気がしない
その他()

・お酒: 飲まない・機会があれば・ほぼ毎日飲む(量: 1日につき)

・タバコ: 吸わない

◇教育・生活史について教えてください。

・出身地()都・道・府・県

・最終学校名() □卒業 □在学中 □中退

・現在のご所属() ※ご職業・会社名など

◇当日は、どなたと来院されますか？

ご本人のみ・配偶者・父親・母親・兄弟姉妹・その他()

◇ご自分の意志で受診を決められましたか？ はい・いいえ

・「いいえ」と答えた方は、誰にすすめられましたか？()

◇当院は、どのようにして知られましたか？

紹介(他院・学校・職場・公的機関)・ホームページ・知人から聞いた・その他()

年 月 日

◇もともとの性格について教えてください。(当てはまるものを全て選んでください)

- 無口 内気 孤独 粘り強い くどい 世話好き 交際好き 見栄っ張り
わがまま 嘘をつく 神経質 完璧にしないと気がすまない 几帳面 責任感が強い

◇ご家族構成

| 氏名 | 続柄 | 職業 | 健康状態 | その他 |
|----|----|----|------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

◇現在のご趣味や関心をもっていることは何ですか？

◇ご要望がございましたら、お書きください。

ご協力ありがとうございました。