

問診票

_____年____月____日

ふりがな			
氏名			
生年月日	大正・昭和・平成 _____年____月____日		
性別	男 ・ 女	年齢	_____歳
住所	〒 _____		
電話番号			

1. 病状について簡単に書いてください。

2. 現在治療中の他の病気がありますか？

ない ある → 病名 _____

3. 注射や飲み薬でアレルギーや重い副作用が出たことがありますか？

ない ある → 薬品名 _____

4. 今までに心療内科・精神科を受診したことがありますか？

ない ある → 病院名 _____

5. 当院のことは何でお知りになりましたか？

① インターネット ② 電話帳 ③ 他機関からの紹介 ④ 人から聞いて

⑤ 通りがかりに ⑥ その他 _____