

初めて診察を受けられる方へ

この問診票は、医師が患者さんをより理解するためのものです。書けるところだけで構いませんので、ご記入をお願いします。

記入日： 年 月 日

記入者： ご本人・その他 ()

フリガナ

生年月日

氏名

男 ・ 女

大・昭・平・令 年 月 日 (満 歳)

住 所 (〒 —)

電話番号

1

診察をお受けになる理由をお書きください。症状でもご相談内容でも結構です。
なるべく詳しく具体的にお書きください。

2

いつ頃からのことですか？

昭和・平成・令和 年 月頃から (歳の頃から)

3

思い当たる理由がありますか？

ない ・ ある (理由:)

4

今までにそのことで、他の医療機関に相談に行かれましたか？

ない ・ ある (医療機関名:)

5

今までに大きな病気をされたことがありますか？

ない ・ ある (病名:) (病名:)

6

来院は、 ひとりで ・ 付き添いあり (氏名: _____ / 続柄 _____)

7

あなたはこういった性格ですか?
自分ではどう思うか、周囲からはどういわれるかなどをお書き下さい。

8

診断や診察の役に立つことがあります。差し支えなければお答えください。

- 出生地 (_____)
- 職業 (_____)
- 最終学歴 (_____)
- 結婚歴 未婚 ・ 既婚 ・ 離婚
- 家族構成 (_____)
- タバコは吸われますか? 吸わない ・ 吸う (_____ 本/日)
- お酒は飲まれますか? 飲まない ・ 飲む (種類: _____)
- いつも飲んでいる薬は? (_____)
- アレルギー ない ・ ある (_____)
- 《女性の方へ》 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか?
いいえ ・ 妊娠中 ・ 可能性がある

9

当クリニックをどこで知りましたか?

知人からの紹介 ・ 他院からの紹介 ・ ネットを見て ・ 広告を見て ・ その他 (_____)

10

上記以外で何か参考になることや、希望されることがありましたらお書きください。

以上、ご協力ありがとうございました。

すどうストレスケアクリニック / 心療内科・精神科
〒485-0029 愛知県小牧市中央1丁目349番地
TEL.0568-75-0222【予約制】