

問診票(18歳以上) (記入日 年 月 日)

(差し支えない部分についてご記入ください)

患者氏名(フリカナ):	() (男・女)
生年月日:	年 月 日 (年齢:満 歳 ヶ月)
住所:(〒)	
電話番号:(自宅)	(携帯)
勤務先・学校名:	配偶者:いる・いない(未婚・離別・死去)
記入者名(フリカナ):	() (続柄:)

① いつから、どこが、どう悪いですか。相談したい内容は何ですか。

② 当クリニックの受診は初めてですか。

(ア) はい (イ) いいえ(以前受診したのはいつですか:)

③ 当院に来られたきっかけは。

(ア) 紹介された

(紹介者の名前: 紹介者から受けている説明:)

(イ) ホームページを見て

(ウ) その他()

④ 現在、他の病院・診療所にかかっていますか。

(ア) かかっている (病名:)

(いつから: 医療機関名: 医師名:)

(イ) かかっていない

⑤ 精神的な問題で入院したことがありますか。

(なし・あり(具体的に): 年 月から 日間、病院名:)

⑥ 健康状態について。

* アレルギーの有無(なし・あり(具体的に):)
* 今までに大きな病気やケガ、手術をしたことがありますか。 (なし・あり(具体的に):)
* 持病・治療中の病気がありますか。 (なし・あり(具体的に):)
* 現在使用している薬はありますか。 (なし・あり(具体的に):)
* 喫煙 (なし・あり(具体的に:本数・期間):)
* 飲酒 (なし・あり(具体的に:種類・量):)

⑦ ご家族について。

続柄	氏名	生年月日	年齢	職業	同・別居

⑧ ご家族・ご親戚のなかで、身体の病気、こころの病気、発達上の問題のあった方はおられますか。

(ア)いいえ

(イ)はい(具体的に):