

【問 診 票】

記入日： 年 月 日 記入者氏名： 続柄()

ふりがな 受診者氏名		生年月日	大 昭 平	年	月	日(歳)
職業		身長	cm	体重		kg

診察の参考にさせていただきますので、差支えない範囲で以下の質問にお答えください。

ご記入いただいた情報は、診療以外には使用されません。

① 本日はどのような事柄・症状についてご相談にいられましたか？

始まった時期、思い当たる原因なども含め、具体的にご記入下さい。

② これまでにも心療内科・精神科を受診したことがありますか？ 【 あり ・ なし 】

「あり」の方 → 受診時期や診断名、処方されたことがある薬をご記入下さい。

受診時期： 年 月頃～

医療機関名：

診断名：

処方されたことがある薬：

2枚目にもご記入下さい。

③ 現在治療を受けている身体の病気はありますか？ 【 あり ・ なし 】

「あり」の方 → 病名と、処方されている薬をご記入下さい。

病名：

処方されている薬：

④ 薬や注射、食べ物のアレルギーはありますか？ 【 あり ・ なし 】

「あり」の方 → 内容をご記入下さい。

⑤ 女性の方におうかがいします。

妊娠している、あるいはその可能性がありますか？ 【 あり ・ なし 】

授乳中ですか？ 【 はい ・ いいえ 】

⑥その他のご質問やご希望がありましたら、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

※なお、当院ではベゲタミン・エリミン・リタリンなどは処方しておりません