

問診票 (1/2)

| | | | | | |
|--|--|----------|----------------------------|---|----|
| ふりがな | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | 体温 |
| 氏名 | | 生年 月日 | (T・S・H・R) 年 月 日 (才) | | ℃ |
| 住所 | | | | 電話番号 | |
| 〒 ※施設に入所している方は施設名と住所もご記載ください (| | | | () - | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 | |
| | | | | 携帯電話（緊急時連絡先） | |
| | | | | () - | |
| | | | | ※本人の連絡先ではない場合は、 続柄をお書きください () | |

●この1年間で健康診断を受診しましたか？

☐ 受診した → いつ頃ですか？
指摘事項はありましたか？

☐ 受診していない

●お薬手帳はお持ちですか？

☐ あり → 受付へご提示ください。

☐ なし → 現在服薬しているお薬はありますか？
☐ なし ☐ あり 薬剤名〔 〕

●女性の方は、現在妊娠中または授乳中ですか？

☐ 該当なし ☐ 妊娠中（ 週目） ☐ 授乳中

裏面に続きます。

また、よろしければ以下にもご回答ください。

●当クリニックはどちらでお知りになりましたか？（当てはまるものすべてにチェックをお願いします）

☐ 他の医療機関（ ）

☐ 知人・家族の紹介（ ）

☐ インターネット検索（Google・Yahoo・その他 ）

☐ その他（ ）

問診票 (2/2)

- 1 今いちばんお困りのことはなんですか？（当クリニック受診の理由）

年 月頃（ 才頃）から、

- 2 思いつく原因をご記入ください。

- 3 この問題で他の病院を受診したことはありますか？

病院

科

年頃受診

病院

科

年頃受診

- 4 今までかかった、身体の病気をご記入ください。

病名：（ 才～ 才頃）

病院

病名：（ 才～ 才頃）

病院

- 5 今までに薬や食べ物に対するアレルギー（じんましんが出る、気分が悪くなるなど）

はありましたか？

☐ あり

→

薬や食べ物の種類

☐ なし

- 6 お生まれになった場所はどこですか？

（都・道・府・県）

（市・町・村）

- 7 最終学歴をご記入ください。

学校名

（中退・卒業）

- 8 職歴

才～ 才まで：

才～ 才まで：

才～ 才まで：

- 9 ご家族についてお聞かせください。

患者様は何人兄弟ですか？

人

兄弟姉妹の何番目ですか？

番目

父 才 職業：（同居・別居・死亡）

母 才 職業：（同居・別居・死亡）

配偶者 才 職業：（同居・別居・死亡）

子供 人（男 人、女 人）（同居・別居・死亡）

ご家族の人間関係について、特記すべきことがあればご記入ください。

ご記入ありがとうございました。受付へお渡しく下さい。

あきたメンタルクリニック