

問診票

No.

20 年 月 日

| | | | |
|------------|--------------|----------------|---|
| ふりがな 氏名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 日生 () 歳 |
| 住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | 携帯: | ご自宅: | |
| 職業 | ご職業: (学年) | ご勤務先: (学校名) | |
| ご同伴の方 | お名前: | ご関係: | ご連絡先: |

1. どのようなことでお困りですか。

2. それはいつ頃からですか。

3. 精神科または心療内科にかかったことがありますか。

いいえ はい 時期:

医療機関名:

4. 現在治療中または過去にした病気・けがはありますか。例) 糖尿病、高血圧、骨折など

いいえ はい 内容:

5. 食べ物やお薬でアレルギーが出たことがありますか。

いいえ はい 内容:

6. 現在内服中のお薬はありますか。

いいえ はい 内容:

7. 当てはまるものがありましたらチェックをお願いします。

不安感 仕事でミスが増えた 以前は楽しめたことが楽しめない 涙もろくなった

疲れやすい 昼間眠くなる 冷え症 肩こり のどが詰まる感じ みぞおちの痛み

優柔不断 寝汗 気圧の変化に伴う頭痛 生理前の落ち込みやイライラ (女性の方)

8. 診療についてご希望がありましたら、ご記入ください。

