

問診票

No.

令和 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. 心療内科または精神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 仕事の能率がおちた 以前は楽しめたことが楽しめない 泣きやすくなった
 くよくよしやすい 夜中や明け方に目が覚める 食事の量が減った 物音に敏感
 疲れやすい 昼間眠くなる 冷え症 肩こり のどの詰まり感 みぞおちの痛み
 優柔不断 寝汗 気圧の変化にともなう頭痛 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。

