

はじめて受診される方へ

下記の項目への記載をお願い致します。わからないこと、記載したくないことは空欄にしてください
て構いません

問診票、紹介状（診療情報提供書）、おくすり手帳をお持ちの方は、初診当日に受付にお渡しください。

記入日 年 月 日

記入者氏名： _____ 続柄： 本人 父 母 その他（ _____ ）

住所： _____

電話番号： _____

***いま一番お困りのこと、心配なことを教えてください（必須）**

併せて症状が出るようになったきっかけや誘因などあれば経過について教えてください。

***職務状況（学校について）を教えてください（必須）**

- 勤務（学校）は問題ない
 仕事（学校）を休んでいる 休み始めた時期（ _____ 年 _____ 月頃）
 働いていない

***働いている場合、以下の項目にご記入ください**

- ・職務内容（ _____ ）
- ・勤務形態 正社員 契約社員 派遣 パート・アルバイト 障害者雇用
- ・今の仕事はいつから働いていますか？（ _____ 年 _____ 月）
- ・転職回数（ _____ ）回
- ・休職歴 なし あり

***最終学歴**（中学 高校 専門学校 高専 短大 大学 大学院
（卒業・在学中・中退***家族構成について教えてください**

- ・ご兄弟姉妹の人数 _____ 人
- ・一緒に住んでいる人：（ _____ ）
- ・ご自身の結婚歴 なし 既婚（ _____ 歳） 離婚（ _____ 歳） 再婚（ _____ 歳） 事実婚（ _____ 歳）

***ご家族・ご親戚で精神科・心療内科などの問題を抱えている方はいますか**

- ・ご関係、病名、通院の有無などわかる範囲でご記載ください
（ _____ ）
（ _____ ）

次ページへ続く

* これまでに心療内科・精神科を受診したことはありますか

ある・ない

医療機関名 期間

医療機関名 期間

医療機関名 期間

* 治療中の病気、手術などの経験はありますか

糖尿病・甲状腺異常・緑内障・前立腺肥大・ぜんそく・高血圧・てんかんB型肝炎・C型肝炎・HIV・その他_____* 現在使用中の薬はありますか？ なし・あり * ありの方はお薬手帳をお持ち下さい

* 薬や食べ物のアレルギー

なし あり (_____)

* お酒は飲みますか

飲まない 飲む (機会飲酒・週1・週2~3・週5~6・毎日)

* タバコを吸いますか

吸わない 吸う (1日平均_____本くらい)・やめた

* 診察の中で相談したいことはありますか

現在の状態を知りたい薬の服薬を考えている薬に関する説明をしてほしい薬の減量、調節をしたいその他

--

* その他問診で書ききれなかった症状や相談したい事があればこちらに自由に記載ください

--

* 当院までの交通手段を教えてください

電車 バス 車 送迎 自転車 バイク 徒歩

* 当クリニックを何でお知りになりましたか

インターネット (ホームページ) 家族の紹介 友人・知人の紹介 職場の同僚の紹介他医療機関・他施設からの紹介 他の医療機関で院長の診察を受けていた クリニックの前を
通って知った 看板 その他

ご協力ありがとうございました。

ご予約・問い合わせ・質問・問診票などにより提供された個人情報とは原則として、その問い合わせ・質問等に対する回答、及び当クリニックのそれらの対応に関する今後の改善のために利用いたします。それ以外の目的で利用する場合は事前にその目的を説明いたします。