

♣ 問 診 票 ♣ カルテ No ()

フリガナ	生年月日：
お名前：	T・S・H 年 月 日 (才) 性別：男・女
〒 ご住所：	お電話番号 自宅： 携帯： ※クリニックの名前でお電話しても構いませんか？ はい/いいえ
♣相談したいことは、どのようなことですか。	
♣お困りのことはいつ頃からですか。	
♣他の機関（医療機関や相談機関）にご相談されたことがあれば、ご記入ください。	
♣これまでにかかったことのある病気があれば、○を付けて下さい。 心臓病／脳梗塞・脳出血／高血圧／不整脈／糖尿病／肺の病気／胃・大腸の病気／ 頭のケガ・ひきつけ／その他の病気（ ）	
♣アレルギー；ない・ある（具体的な内容： ）	
♣タバコ：ない・ある（一日 本）	
♣アルコール：ない・ある（種類： /週 回）	
♣次の検査を受けたことがありますか？ ●頭CT・MRI：ない・ある（ 才） ●胃カメラ・大腸検査：ない・ある（ 才） ●胸のレントゲン：ない・ある（ 才） ●脳波検査・・・ない・ある（ 才）	
♣かかりつけの医療機関はありますか。 ない・ある（名称： ）	

♣女性の方のみ記入して下さい。

初潮（ 才）／月経（規則的・不規則）

出産（ 回）／流産（ 回）／閉経（ 才）

心療内科・精神科でかかるかたは裏面の記入をお願いします。

心療内科・精神科でかかる場合は、以下の記入をお願いします。
 (お分かりになる範囲、差し支えない範囲で構いません)

♣ご本人について

♣生まれたところ：

♣育ったところ：

♣最終学歴：

♣職歴：

♣結婚：()才／別居歴：ない・ある／離婚歴：ない・ある／再婚歴：ない・ある

♣現在地には()才の時から住んでいる。

♣ご家族について

♣父()才／母()才

♣舅()才／姑()才

♣兄弟姉妹 無・有()才

♣配偶者 無・有()才

♣子ども ()才

♣現在同居されているご家族を教えてください。(例：自分、夫、娘、義理の母 等)

[

♣ご家族、親戚の方で、精神科、心療内科、メンタルクリニック等に
 受診されたことのある方はいらっしゃいますか？

はい／いいえ

♣ご家族から受診に関するお問い合わせがあった場合、お答えしても構いませんか？

はい／いいえ

記入して頂きましたら、受付にお持ち下さい。

尚、記入していただいた内容は診察目的以外では使用いたしません。