

## 問診票

フリガナ

お名前： \_\_\_\_\_ 性別： 男性 女性

生年月日： T S H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連絡先電話番号： (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

住所： 〒 \_\_\_\_\_

1. 今回はどのようなことで受診されましたか？

2. 現在、治療中の病気がありますか？

ない・ある (病名 \_\_\_\_\_)

3. 現在、内服中のお薬がありますか？

ない・ある (おくすり手帳の該当ページを受付に見せてください。)

4. 薬でアレルギーが出たことがありますか？

ない・ある (薬の名前 \_\_\_\_\_)

5. 簡単な生活歴を教えてください。

結婚 (未婚・既婚・離婚・再婚・死別・その他： \_\_\_\_\_)

最終学歴 ( \_\_\_\_\_ 卒・在学中・中退)

職歴 (在職中 [職業 \_\_\_\_\_] ・離職中)

6. 当院をどのようにお知りになりましたか？

紹介 (知人・家族・他の専門家 専門家名 \_\_\_\_\_)

インターネット (検索・当院のホームページ・その他 \_\_\_\_\_)

看板を見て

その他 ( \_\_\_\_\_)

7. 他院からの転院の方で、下記のものをお持ちの方はチェックしてください。

紹介状

自立支援医療

精神保健福祉手帳

障害年金