

ここに記載された情報は、診療以外には使用されません。

ID

【問診票・初診用】

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		ご住所 〒 -	
お名前		男	
		女	
大・昭・平・令		自宅電話 ()	体温
年 月 日生	歳 ヶ月	携帯電話 ()	℃

他症状 有・無

【受診したいと思った理由】

気になることなどをお書きください。(例:頭がボーっとして集中できない、不眠など)

1. それはいつぐらいからですか？

2. 今回の症状で受診した病院はありますか。(ある・ない)

「ある」の場合は、受診した病院(クリニックや医院も含む)を教えてください。

病院名 _____

年 月ごろ

3. 今回の症状で入院したことはありますか。(ある・ない)

4. 今回の症状に限らず、精神科・心療内科などに通院したことがありますか。(ある・なし)

「ある」の場合は古い順に医療機関名と時期をわかる範囲で教えてください。

5. これまでに大きな病気にかかったことがありますか。(ある・なし)

6. アレルギーはありますか。(ある・なし)

7. 飲酒や喫煙などについて教えてください。

飲酒(飲まない・ときどき飲む・週に 回・毎日)

飲むときの酒量は _____ を _____ ml

喫煙(吸わない・以前吸っていた・吸っている)

ご協力ありがとうございました。

～紹介状・検査結果等お持ちであればご一緒にお出してください～

お薬服用中の方はお薬手帳も一緒にお出してください



一般社団法人楓会
新狭山かえてクリニック