

# 問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名	( )	生年月日	年 月 日	年齢	歳
ご職業		最終学歴		婚姻歴	未婚・既婚・ 離婚

ご無理のない範囲でご記入をお願いします

■ご住所：〒

■電話番号：自宅 携帯

■どのような症状で受診されましたか ( )

■当クリニックへの希望について

相談したい・薬を出してほしい・話を聞いてほしい・他院処方を調整してほしい

診断してほしい・セカンドオピニオン・検査をしてほしい・その他 ( )

■精神科や心療内科の診察を受けたことはありますか はい いいえ

■病気やけが、手術をしたことはありますか はい いいえ

はい の方は具体的な病名と時期をお答えください

( )

■ご自分の性格をどのように思われますか ( )

■嗜好品はありますか タバコ・お酒・その他 ( )

■女性の方のみご記入ください 生理は順調ですか 順調・不規則・閉経

■当クリニックをどこでお知りになりましたか

ホームページ・インスタグラム・医療機関の紹介・知人の紹介・看板やチラシ

その他 ( )

ありがとうございました