

Dr. HAGA 茶屋町クリニック 専用問診票

初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		連絡電話番号	
氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳) 男・女
住所	〒 _____		
学校名/学年 職業		既婚・未婚・離婚・死別	

■ 診療情報提供書またはクリニックの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

■ 当院を知ったきっかけは何ですか？

- 紹介(紹介者: _____) 当院ホームページ(検索はどなたが? _____)
- タウンページ その他(_____)

■ ご来院の主な目的を教えてください。

- 心理治療を希望 カウンセリングを希望 セカンドオピニオンを希望
- その他の相談(_____)

■ 薬に対するお考えを教えてください。(当科では、基本的に薬物療法はしない方針です)

- 既に薬を服用中 必要な薬を一時的に処方して欲しい 薬物療法は希望していない
- 薬は絶対に飲みたくない 特になし(当科の方針に合わせることが出来る)

■ 今回はどのような症状またはお困り事でしょうか？

.....

.....

.....

■ それは、いつごろからでしょうか？ 具体的に(○年○月頃から、○年○学期より)

.....

■ そのことについて他の医療機関を受診されましたか？ 現在も通院されていますか？

.....

■ 身体の病気で通院中の医療機関と治療薬を教えてください。今までの大きな病気や手術を書いて下さい。

.....

■ 家族構成を教えてください。左に書けない場合は、右に追加して記入して下さい。

間柄	年齢	職業または学校○年	健康状態と性格	追加のご家族
(同居)				
(同居)				
(同居)				

■ 生活状況について教えてください。

- ① 睡眠 : 良い 普通 悪い(就寝____時 起床____時 途中覚醒あり・熟睡感なし)
- ② 食欲 : 良い 普通 悪い(規則的・不規則)
- ③ 便秘 : 良い 普通 悪い(□下痢気味 □便秘 1回/____日 その他_____)
- ④ アレルギー: ない ある(薬・食物・花粉など_____)

成人のみ:

- ⑤ 酒 : のまない のむ(□たまに □時々 □週に4日以上 酒量_____)
- ⑥ 煙草 : のまない のむ(一日_____本)

ありがとうございました。