

問 診 表

I D _____

* 下記事項はすべて診察上大変重要な内容です。カルテ同様、医院の外部には一切出ることはありません。
ご面倒ですが、以下ご記入・該当事項を○で囲んでください。

(代筆の場合)

(ふりがな)

記入者続柄 _____

氏名 _____ 男・女 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

〒

住所

電話番号 ご自宅
携帯番号

1) 今日はどうされましたか？ (今一番辛い症状、お悩みを、ありのままにお書きください)

2) いつごろから症状が始まりましたか？

年 月 日 (または 歳) 頃から

3) 今までに何か病気にかかったことがありますか？

病名 () 通院 ・ 入院

病名 () 通院 ・ 入院

4) 今までに精神科、心療内科にかかれたことがありますか？ ない ・ ある

5) ご家族、ご親戚の中で精神科、心療内科にかかられている方はいらっしゃいますか？

いない ・ いる

病名 () 続柄 () 通院 ・ 入院

病名 () 続柄 () 通院 ・ 入院

6) 自立支援、精神障害者手帳は申請されていますか？ していない ・ している

