

# そうしん堂レディスメンタルクリニック 問診票

下記事項は、診療目的以外に使用することはございません。ご記入の程宜しくお願い致します

ふりがな

お名前：\_\_\_\_\_ 生年月日：T/S/H \_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_歳

記入者：\_\_\_\_\_ (続柄：\_\_\_\_\_)

ご住所：〒\_\_\_\_\_

TEL：\_\_\_\_\_ 携帯番号：\_\_\_\_\_

※必要時に当クリニックからお電話しても宜しいでしょうか？ ・いいえ ・はい (自宅 / 携帯)

◆ どのようなことでお困りですか？ ※具体的にご記入お願いいたします。

◆ 上記の症状はいつ頃からでしょうか？ \_\_\_\_\_ くらいから (例：「先月から」「今年の春頃から」など)

◆ 以前にも同じような症状はありましたか？ ・いいえ ・はい (\_\_\_\_\_ 回目)

◆ 現在、他の病院やクリニックで治療を受けていますか？

・いいえ ・はい (疾患名：\_\_\_\_\_ 病院名：\_\_\_\_\_)

◆ 現在、お薬を飲んでいますか？ ・いいえ ・はい (薬剤名：\_\_\_\_\_)

◆ これまでに大きな病気にかかったことがありますか？

・いいえ ・はい (糖尿病 / 緑内障 / 高血圧 / 心疾患 / その他：\_\_\_\_\_)

◆ これまでに手術を受けたことがありますか？

・いいえ ・はい (いつ頃：\_\_\_\_\_ どのような手術：\_\_\_\_\_)

◆ 薬・食物でアレルギーを起こしたことがありますか？

・いいえ ・はい (具体的に：\_\_\_\_\_)

◆ 現在、妊娠していますか？ ・いいえ ・分からない ・はい (\_\_\_\_\_ 週目)

◆ タバコを吸いますか？ ・いいえ ・はい (1日に\_\_\_\_\_ 本くらい)

◆ アルコールを飲みますか？ ・いいえ ・はい (酒 / ビール / 焼酎 / ワイン を1日に\_\_\_\_\_ くらい)

◆ 趣味や楽しみは何かおありでしょうか？ \_\_\_\_\_

◆ 当クリニックを何でお知りになりましたか？

(インターネット / 雑誌等の広告 / ご紹介 \_\_\_\_\_ / その他 \_\_\_\_\_)

◆ その他、何かご要望などがございましたらご記入ください。

問診票作成日：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_