

【問診票】

カタカナ

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 男 女

住所 _____ TEL _____

Q1 当クリニックでは専門性が必要なアルコール依存、薬物依存、ギャンブル依存など依存症の方
摂食障害の方の診察対応は致しておりません。
該当しますか？ はい いいえ

Q2 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい いいえ

Q3 現在の症状や困っていることは何ですか？

いつ頃から、不安 眠れない 動悸 涙が出る 恐怖など

Q4 現在通院中の医療機関はありますか？ はい いいえ

例) ○○クリニック 高血圧で通院

Q5 現在服用されている薬剤名をお書きください

Q6 これまでに大きな病気、または精神科医療機関への通院・入院をしたことがありますか？

医療機関	いつ頃	病名	入院有無	
○○病院	○月～	○○○○	有	無
			有	無
			有	無

Q7 (女性の方のみ) 現在妊娠中または授乳中ですか？ はい いいえ 妊娠 _____ 週
記入が終わりましたら受付へお持ちください。