

# 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			昭・平・令 年 月 日
住所	〒		
電話番号		緊急連絡先	続柄 ( )

今一番困っていること、相談したい内容をご記入ください。

その症状はいつ頃からありますか？きっかけとなる出来事があれば教えてください。

心療内科・精神科の受診歴はありますか？  
なし  
あり（時期： 診断名：

他科既往（手術）歴はありますか？  
なし あり（ )

現在、飲んでいるお薬（市販薬・サプリメント含む）はありますか？  
なし あり（ )

食べ物やお薬のアレルギーはありますか？  
なし あり（ )

喫煙・飲酒について教えてください。  
喫煙：吸わない 吸う（ 本/日） 飲酒：飲まない 飲む（週 日/量・種類 )

※女性の方へ、現在、妊娠中あるいは授乳中ですか？  
いいえ はい（ 妊娠中 授乳中 )

労災の申請予定はありますか？  
なし あり

現在お持ちのものはありますか？  
自立支援 精神障害者福祉手帳 身体障害者福祉手帳 愛の手帳  
その他（ )

その他ご要望がありましたらご記入ください。

当院をどちらでお知りになりましたか？  
インターネット 看板 知人の紹介 その他（ )

\*ご協力ありがとうございました



こころのクリニック  
リエゾン目黒