

はじめての方の質問表【精神科】

平成 年 月 日

この用紙は、診察を円滑、適切に行うため、ご記入いただきます。

記載されました情報は、診察以外の目的で使用することはありません。また貴方の同意なく第三者に提供することはございませ
クリニック内掲示の当クリニックの「個人情報保護方針」「個人情報の取り扱いについて」「クリニックにおける個人情報の利用目
的」をご確認いただきご同意いただける場合は、以下にご署名下さい。

ご記入いただけない場合は、円滑な診療が行うことが難しくなる場合がございます。

クリニックの個人情報の取り扱いに（同意・不同意・一部同意）します。 ご署名

ふりがな 氏名	_____様	(男 ・ 女)
生年月日：明治・大正・昭和・平成	_____年	_____月 _____日 _____才
住所	_____	
Tel	_____	

① 今いちばん困っていることは何ですか？

{ _____ }

② いつ頃からですか？

{ _____ }

③ この症状で、ほかの病院にかかったことはありますか？ (はい ・ いいえ)

{ _____ }

④ 仕事や学校、家事などに影響がありますか？ (はい ・ いいえ)

{ _____ }

⑤ きっかけはありましたか？ (はい ・ いいえ)

{ _____ }

⑥ 今、病気でほかの科にかかっていますか？ (はい ・ いいえ)

{ _____ }

⑦ 今飲んでいる薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

{ _____ }

⑧ お薬のアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

{ _____ }