

記入日： 年 月 日

****問 診 票****

ID:

ふりがな		生年月日		年齢
名前	男女	西暦	年 月 日	歳
住所	〒 -			
電話	- -	緊急連絡先:名前		(続柄)
		電話		- -

1. 今、どのようなことでお困りですか？

・気分が落ち込む ・眠れない ・不安になる ・やる気が出ない ・外に出るのがおっくう ・朝起きられない
その他

[]

2. それは、いつから、どのような感じでしたか？

[]

3. その症状のことで、どこかの心療内科や精神科に受診しましたか？

【 はい ・ いいえ 】

4. 今まで心療内科や精神科にかかったことはありますか？

【 はい ・ いいえ 】

(病名:)

5. 今までに体のご病気をされたことはありますか？

【 はい ・ いいえ 】

(病名:)

6. 今現在、飲んでいるお薬はありますか？

【 はい ・ いいえ 】

(お薬の名前:)

7. 今までお薬で具合が悪くなったことはありますか？

【 はい ・ いいえ 】

(お薬の名前:)

 裏面につづく

