

問診票 (福岡姪浜駅心療内科いしかわクリニック)

受診日 年 月 日

無理のない範囲でご記入ください

お名前 (ふりがな) ()

性別: 男 ・ 女

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 年齢: 歳

ご住所: 〒

電話番号 携帯:

自宅:

※ご連絡の際に「クリニック名」を名乗ってもいいですか ⇒ 可・不可

緊急時の連絡先 (続柄:)

(本人様以外)

交通手段 (複数選択可): 車 (ハイライフ、それ以外) JR・地下鉄 バス

原付 自転車 徒歩 タクシー それ以外

・来院のきっかけを教えてください

ホームページ リビング福岡 グーグルマップ

紹介 (人名、医療機関名など)

ウェブ検索 (検索ワード:)

(そのワードを入力した理由:)

その他

・現在ご利用の福祉制度があれば教えてください

自立支援医療 精神保健福祉手帳 (級) 障害年金 (級)

介護保険 () その他

・お薬手帳(ある ・ なし) ・内服薬(ある ・ なし)

・お薬のアレルギーや強い副作用が出た薬があればご記入ください。

・睡眠について

_____時から_____時 寝つきが悪い 途中で目が覚める 悪夢

・食欲について

普通 減っている ない ありすぎる

・嗜好品

お酒： 週に_____日、1日にビール_____本 日本酒_____合

タバコ： 1日に_____本

コーヒー： 1日に_____杯

・現在のご職業

・下記に、ご家族の続柄・年齢・ご職業・健康状態をご記入ください。

(記入例) 夫 52 才、会社員、糖尿病 長女 17 才、高校生、健康

同居のご家族	同居でないご家族

・本日の受診のことをご家族は知っていますか (知っている・知らない)

※女性の方のみ：妊娠中ですか (はい・いいえ) 授乳中ですか (はい・いいえ)

ご協力ありがとうございました。

(もし待ち時間がある場合は)、症状やきっかけなどで、追加したいことがあれば下にご記入ください