

城南こころのクリニック 問診表

記入日：平成 年 月 日

氏名	ふりがな	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
電話番号		携帯電話	

■ 現在お困りのこと（症状など）を、お教えてください。

（ご本人）

.....

（ご家族）

.....

■ いつごろからお困りですか？

.....

■ これまでに、そのことについて医療機関などで、相談や治療を受けたことがありますか？

.....

■ 現在、お体の病気などで、他の病院にかかっていますか？

.....

■ 現在、あるいは最近のお仕事をお教えてください。

.....

■ 現在、どなたとご同居されていますか？

.....

■ 次の質問にお答えください。

- ① 睡眠 : 良い 普通 悪い
- ② 食欲 : 良い 普通 悪い
- ③ 便秘 : 良い 普通 悪い
- ④ 酒 : のまない のむ (たまに、時々、週に4日以上 酒量.....)
- ⑤ 煙草 : のまない のむ (一日.....本)
- ⑥ アレルギー : ない ある (薬・食物.....)

■ 城南こころのクリニックを何でお知りになりましたか？

インターネット 電話帳 他院からのご紹介 人から聞いて その他 ()

■ 本日は何でお越しになりましたか？ : 徒歩 自転車 車 バス その他 ()

ありがとうございました。