

問診票

記入日： 年 月 日 記入者：本人・（その他： ）

(ふりがな)

(お名前)

(生年月日) 大正・昭和・平成 年 月 日 歳

〒
(住所)

(電話番号) - - (緊急連絡先) - - (続柄)

■本日のご相談の内容について教えてください

■上記の問題はいつごろからありましたか？

年 月ごろ（または 歳ごろから）

■症状が起こるきっかけ（原因）と思われるようなものがありましたら教えてください

■あなたが希望していることを教えてください

診断、評価、書類 家族相談 薬物療法 カウンセリング その他（ ）

■書類を必要とする方は教えてください

休職、休学 傷病手当金 自立支援医療 その他（ ）

■労災について教えてください。

労災申請中 労基に相談中 職場に労災申請を伝えている

※当院は労災指定病院ではありません。

労災を申請される場合は、保険診療は使用できません。

自費診療に同意して頂くため同意書の記載をお願い致します。

■定期的に血液検査を受けていますか？

いいえ はい（一番最近は 年 月ごろ）



問診票

- ・ これまでに内科や外科などの病院やクリニックで病気やけがの治療を受けたことがあれば教えてください
ない ある（下記に記入してください）

病名	時期
	年から 年・現在
	年から 年・現在
	年から 年・現在

■福祉手帳をお持ちですか？

ない ある（療育・精神保健・身体障害者手帳） / （ 級）

■障害年金を受給していますか？

ない ある（ 級）

■女性の方のみお答えください

- ・ 現在妊娠または妊娠の可能性がありますか？

ない ある（妊娠 週目）

- ・ 現在授乳中ですか？

いいえ 授乳中

■あなたの生活習慣について教えてください

- ・ お酒を飲むことがありますか？

ない ある（週に 日）（種類・量 ）（ 歳から）

- ・ たばこを吸うことがありますか？

ない ある（1日 本）（ 歳から）

- ・ 車の運転をすることがありますか？

ない ある

■当院を知ったきっかけを教えてください

ホームページ 医療機関の紹介 知人・友人の紹介 その他（ ）

■当日の交通手段について教えてください

車 公共交通機関 徒歩 その他（ ）

