

問診票

ふりがな					
氏名：	年齢： 歳	生年月日：	T S H	年	月 日
住所：〒	-				
職業：		携帯番号：	-	-	

- 今日は何の様な事がお困りで受診されましたか？

- それはいつ頃からですか？何か思い当たるきっかけはありますか？

- 心療内科、精神科の受診は初めてですか？他にかった事があれば教えてください。

- これまで合わなかった薬があれば教えてください。

- 食べ物、薬等でアレルギーがあれば教えてください。

- ご家族、血縁の方で精神科を受診されている方があれば教えてください。