

Dr. HAGA 茶屋町クリニック 専用問診票

初診日 年 月 日

フリガナ		連絡電話番号			
メールアドレス					
氏名		生年月日	西暦	年	月 日(歳)男・女
住所	〒 -				
学校名／学年 職業			既婚 - 未婚 - 離婚 - 死別		

■診療情報提供書または関係している機関の紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

■当クリニックはどのようにしてお知りになりましたか？

紹介(紹介者:) ホームページ(検索はどなたが?)

他の SNS 検索 その他()

■受診の主な目的と当クリニックへのご希望を教えて下さい。(複数可)

心理的問題について話し合える場が欲しい 薬以外で症状を緩和できる方法を知りたい

ストレス対処法を知りたい 子どもの心理面接希望 子どもの問題について対応を知りたい

通院中でセカンドオピニオンを希望 その他()

■薬に対するお考えを教えて下さい。(基本的に薬物療法は致しませんが必要な場合は対応可能です。)

既に薬を服用中 必要な薬を一時的に処方して欲しい 薬物療法は希望してない

特になし(状況により医師の判断と方針に合わせることができる)

■今回はどのような症状またはお困り事でしょうか？

■それは、いつごろからでしょうか？ 具体的に(○年○月頃から、○年○学期より)

■そのことについて他の医療機関を受診されましたか？現在も通院中ですか？

■身体の病気で通院中の医療機関と治療薬を教えて下さい。今までの大きな病気や手術を書いて下さい。

■家族の構成を教えてください。左に書けない場合は、右に追加して記入して下さい。

関係	年齢	職業/学校○年	健康状態と性格	追加のご家族
同居				
同居				
同居				

■生活状況について教えてください。

- ① 睡 眠 : 良い 普通 悪い(就寝 時 起床 時 途中覚醒あり・熟睡感なし)
 ② 食 欲 : 良い 普通 悪い(規則的 - 不規則)
 ③ 便 通 : 良い 普通 悪い(口下痢気味 便秘 1回/ 日 その他)
 ④ アレルギー : ない ある(薬・食物・花粉など)
 ⑤ 酒 : のまない のむ(口たまに 口時々 口週に4日以上 酒量)
 ⑥ 煙 草 : のまない のむ(一日何本)
 ⑦ 自殺願望 : ない ある(具体的に思考や行為を記入)

ありがとうございました