

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	〒 ー				
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ください。(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ください。(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いない

☐ 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(〇年〇月頃から、〇年〇学期より)

.....

■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ください。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/学校〇年	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(☐ 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(☐ たまに ☐ 時々 ☐ 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