

問診票

※当院は労災保険指定医療機関ではございません。労災の申請を希望される場合、指定医療機関への受診をご検討ください。

※当院は生活保護法等指定医療機関ではありません。

相談したいことを中心にお書きください。概ね記載できれば初診時にお伺いもできますのでよろしくお願いします。

記入日：_____年 ____月 ____日

1. 基本情報

- 氏名（ふりがな）：_____
- 生年月日：_____年 ____月 ____日（満 ____歳）
- 性別：☐ 男性 ☐ 女性 ☐ その他（_____）
- 住所：〒_____
- 電話番号：_____
- 学歴（最終学歴）：_____
- 同居家族（続柄・年齢）：_____

2. 現在の症状について

- どのような症状がありますか？→ _____

3. 既往歴・通院歴

- 過去にかかったことのある病気・今かかっている病気（該当があれば記入）： → _____

- これまでに精神科・心療内科の受診歴はありますか？

☐ ある（病院名：_____ 通院期間：_____）

☐ ない

- 現在服用している薬（該当があれば記入）： → _____

- アレルギーはありますか？

☐ ある（_____） ☐ ない

4. 診察に対する希望

- どのような診療を希望されますか？（複数選択可） ☐ 相談のみ ☐ 薬

をご希望 ☐ 休職などの診断書のご希望 ☐ 薬なしでの通院治療を希望

☐ その他（_____） ※必ずしもご希望に沿えない場合がご

ざいますが、ご了承ください。

ご記入ありがとうございました。