

家族相談問診票

日本橋サングリニック

記入日 年 月 日

(ふりがな) 相談者のお名前	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日	年齢 歳
本日はどなたのことをご相談にいらっしゃいましたか？その方はおいくつですか？ () 歳			
どのようなことで、いつ頃からお困りかお書きください。			

以下は相談したい方についての質問になります。

現在ご同居されていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
今まで精神科や心療内科におかかりになったことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
ある方はいつ頃からどちらの病院におかかりだったかお書きください。 診断名と処方されていたお薬もあわせてお書きください。			
期間	病院名	診断名	処方されていたお薬
年 月頃～ 年 月頃まで			
年 月頃～ 年 月頃まで			
年 月頃～ 年 月頃まで			
その方以外に、ご家族で現在あるいは過去に精神科や心療内科におかかりの方は いらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない			
いらっしゃる場合どなたがどのようなことでおかかりでしょうか？			
どなたが		症状/診断名	
現在服用中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方はお薬名をお書きください。			

裏面もご記入お願いします

