

# 問 診 票

日本橋サックリニック

記入日 年 月 日

|   |     |  |                               |             |
|---|-----|--|-------------------------------|-------------|
| (ふりがな)<br>お名前   |     | 性別<br><input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性   | 生年月日<br>大正・昭和・平成<br><br>年 月 日 | 年齢<br><br>歳 |
| 本日はどのようなことでお困りで<br>受診されましたか？  |     | 現在ご同居されている方はいますか？<br><input type="checkbox"/> ひとり暮らし<br><input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻<br><input type="checkbox"/> 子（息子 人 娘 人）<br><input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母<br><input type="checkbox"/> 兄（ 人） <input type="checkbox"/> 姉（ 人）<br><input type="checkbox"/> 弟（ 人） <input type="checkbox"/> 妹（ 人）<br><input type="checkbox"/> 孫（ 人）<br><input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                               |             |
| いつ頃から症状が出始めましたか？  |     |  |                               |             |
| 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<br>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。<br>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～<br>年 月頃まで   |     |  |                               |             |
| 年 月頃～<br>年 月頃まで   |     |  |                               |             |
| 年 月頃～<br>年 月頃まで   |     |  |                               |             |
| ご家族で精神科や心療内科におかかりだったことがある方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない<br>ある方はどなたがおかかりだったかお書きください。                              |     |  |                               |             |
| どなたが  |     | 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<br>ある方はお薬名をお書きください。   |     |  |                               |             |

裏面もご記入をお願いします

