

* 問 診 票 *

平成 年 月 日

ふりがな

氏 名； _____ (男・女) 生年月日； _____ 年 月 日

住 所； (〒 _____ - _____) _____

住民票のある住所； (〒 _____ - _____) _____

(現住所と同じ場合は記載不要)

電話； _____ (_____) 携帯電話； _____ (_____)

職業； 有 ・ 無 会社名； _____

本日の同伴者； _____ 続柄 (_____) 連絡先； _____

◆ 本日はどうされましたか

不安 やる気が起きない 緊張が強い イライラする
職場の悩み 家族の悩み 物忘れ セカンドオピニオン
その他 (_____)

それはいつからですか？ → (_____)

【下記の状況はいかがですか？】

睡眠； 正常 寝つきが悪い 目が覚めやすい 朝早く目が覚める
睡眠時間 _____ 時～ _____ 時 (約 _____ 時間)

食欲； 普通 増加 (体重 _____ kg 増) 減少 (体重 _____ kg 減)

◆ かかりつけの精神科はありますか

はい (医療機関； _____) いいえ

◆ 紹介状はお持ちですか はい いいえ

裏面へ

