

## 問診票

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日 ( 歳)
お名前				
現住所	〒 -		電話 (携帯)	

## 1. どうなさいましたか？

- |   |                                |                                  |                                 |
|---|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 眠れない             | <input type="checkbox"/> 気分が沈む | <input type="checkbox"/> やる気がでない | <input type="checkbox"/> 食欲がない  |
| <input type="checkbox"/> 不安・緊張            | <input type="checkbox"/> 過呼吸   | <input type="checkbox"/> 動悸      | <input type="checkbox"/> イライラする |
| <input type="checkbox"/> その他(具体的にご記入ください) |                                |                                  |                                 |

## 2. 今までにかかった病気や、薬や食べ物によるアレルギーなどがありますか？ ある ・ ない

わかる範囲でかまいませんのでお書きください

## 3. 家族構成を教えてください。続柄・年齢・同居の有無などを簡単にお書きください

例：父(55歳 同居)

## 4. 現在、通院中であつたり、飲んでいる薬はありますか？ ある ・ ない

わかる範囲でかまいませんのでお書きください

## 5. 何を見て来院されましたか？

- |   |                                 |                             |
|---|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ホームページ           | <input type="checkbox"/> 当ビルの看板 | <input type="checkbox"/> 紹介 |
| <input type="checkbox"/> その他(具体的にご記入ください) |                                 |                             |

以上、ご記入ありがとうございます。