

問診票

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

1. どうなさいましたか？

- 眠れない 気分が沈む やる気がでない 食欲がない
 不安・緊張 過呼吸 動悸 イライラする
 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、通院中であったり、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？

- ホームページ 当ビルの看板 紹介
 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。