

## 問診表

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 大正・昭和・平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 年齢 \_\_\_\_歳

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_ 携帯電話 ( ) \_\_\_\_\_

\* クリニックよりお問い合わせやご連絡をさせていただくことがございますので、連絡のつきやすい番号をよろしく願いたします。

1. 今回、どのような理由からクリニックを受診されましたか。  
いつから？

どのような症状？

これまでの受診や相談（服用中のお薬）

2. 今回のこと以外で、これまでに大きな病気や怪我をなされたことがありますか。  
これまでの病気や怪我

現在治療中の病気や怪我（服用中のお薬）

3. アレルギーなどで服用してはいけない薬があればお書きください。

4. 煙草やアルコール、その他習慣的に飲用しているものがありましたらお書きください。

煙草 なし ・ 1日 ( ) 本吸う

アルコール なし ・ 飲む ( ) を1日量 ( ) ×週 ( ) 回

その他 ( )

5. 女性の方で、妊娠の可能性がある場合はお書きください。お薬の服用に注意が必要です。

妊娠している（予定日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月） 妊娠する可能性がある

4. 今回どのようなところから、さとうメンタルクリニックをお知りになりましたか。

ありがとうございました。

\* 保険証受け取り確認欄 保険証を受け取りました。サイン ( )