

ちひろ心クリニック 問診票

1 枚目

初診の方は、以下の内容を記載し、当院受付まで必ずお持ちください。

*病院にお越しの際に記載していただいても結構です。その際は問診票を受付に用意しています。

*記入していただいた情報は治療以外の目的には使用致しません。また、本人の了解なしに本人以外の方にお伝えすることは一切ありません。

*この問診票は、当院専用の用紙となります。他の病院では使用できません。

記入日 年 月 日

フリガナ		電話（自宅） （携帯）	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏名		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日生（満 歳）	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別
住所 〒 -	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 郡		

1. あなたの学歴・キャリアを教えてください。（診察・治療の参考にしますので具体的にご記入ください。）

現在の仕事：会社名（ ） 職種（ ） 役職（ ）

就業中

今回の休職（ ） 回目（ ） 年（ ） 月から（ ）

失職中（ ） 年（ ） 月から（ ）

職歴			学歴	
期間	会社名	部署・業務内容	期間	学校名
年 月～ 年 月			年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月			年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月			年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月			年 月～ 年 月	

2. 本日当クリニックを受診されたきっかけをあてはまるものに全てチェックを入れてください。

1 ご家族やご友人にすすめられて

2 会社や産業医または周囲からの紹介（紹介者： ）

3 ホームページを見て（検索キーワード： ）

4 その他（ ）

3. （他の医療機関から当院へ変わられる方へ）診療情報提供書はお持ちですか？ はい いいえ

4. 当院受診の自覚症状や周囲から指摘された内容を教えてください。

--

11. 今までどのような病気をされましたか？けがや手術も含めて、年月を教えてください。

病気	通院・入院期間	医療機関名	現在の状況			
	年 月～ 年 月		治療中	改善	変化なし	悪化
	年 月～ 年 月		治療中	改善	変化なし	悪化
	年 月～ 年 月		治療中	改善	変化なし	悪化
	年 月～ 年 月		治療中	改善	変化なし	悪化

12. ご家族の状況を教えてください。

間柄	年齢	職業	健康状態
同居			
同居			
同居			
同居			

13. 家族、親戚の中であなたと同様な症状や不眠、心療内科・精神科へかかられた方はいますか？

いる いない

14. 病状を家族に話していますか。

はい いいえ

15. 家族はあなたの病状に理解を示されていますか？

はい いいえ どちらともいえない

16. その他お聞きになりたいことがございましたらご記入ください。(裏面になっても結構です。)

ご記入ありがとうございました