

No. _____

再診問診票

- * 以下の問診票は診察の重要な参考となります。お手数ですが、分かる範囲・書ける範囲で構いませんので、ご記入ください。
- * ご不明な点は受付・看護師にお気軽にお尋ねください。後ほど詳しいお話をお伺いしますので、簡単なご記入で構いません。

		記入日		年	月	日
お名前	ふりがな	男・女	生年月日			
			大正			
			昭和	年	月	日
			平成			
住所	〒				血液型	
電話番号	(自宅 ・ 会社 ・ 携帯電話)					
臨時休診等の場合、クリニックからご連絡をさしあげてもよろしいでしょうか？		はい (電話 ・ 郵送) ・ いいえ				

1. 本日はどのようなことで相談にいらっしゃいましたか？

いくつでも構いませんので、□にレ点 (チェックマーク) をしてください。

- 不眠 不安 緊張 憂うつ 意欲低下 集中力低下
- 物忘れ 家族の悩み 職場の悩み 学校の悩み 更年期障害 対人恐怖
- パニック

2. その症状はいつ頃から続いていますか？

_____年_____月から

詳しく教えて下さい。

3. 女性の方のみ教えてください。

妊娠 いいえ はい (妊娠 _____ヶ月)

ご協力ありがとうございました。ご記入後、受付へお渡しく下さい。順番が来たらお呼びいたしますので、お待ちください。

