

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	生年月日
		大正 昭和 平成 年 月 日
住所	〒	
電話番号		
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 ・ 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 パニック PMS（月経前症候群） 更年期障害 対人恐怖
 診断書希望 その他

2. その症状はいつ頃から続いていますか？

_____年_____月から

3. 女性の方のみ教えてください。薬物療法を行う上で重要になります。

- 妊娠 いいえ はい（妊娠 _____ヶ月） 可能性あり
授乳 いいえ はい

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

