

## Dr. HAGA 茶屋町クリニック 専用問診票

初診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ		連絡電話番号	
メールアドレス			
氏名		生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳) 男・女
住所	〒 _____		
学校名/学年 職業		既婚・未婚・離婚・死別	

■診療情報提供書または関係している機関の紹介状をお持ちですか？  はい  いいえ

■当クリニックはどのようにしてお知りになりましたか？

紹介(紹介者: \_\_\_\_\_)  ホームページ(検索はどなたが? \_\_\_\_\_)

他の SNS 検索  その他( \_\_\_\_\_ )

■受診の主な目的と当クリニックへのご希望を教えてください。(複数可)

心理的問題について話し合える場が欲しい  薬以外で症状を緩和できる方法を知りたい

ストレス対処法を知りたい  子どもの心理面接希望  子どもの問題について対応を知りたい

通院中でセカンドオピニオンを希望  その他( \_\_\_\_\_ )

■薬に対するお考えを教えてください。(基本的に薬物療法は致しませんが必要な場合は対応可能です。)

既に薬を服用中  必要な薬を一時的に処方して欲しい  薬物療法は希望していない

特になし(状況により医師の判断と方針に合わせることができる)

■今回はどのような症状またはお困り事でしょうか？

.....

.....

.....

■それは、いつごろからでしょうか？ 具体的に(○年○月頃から、○年○学期より)

.....

■そのことについて他の医療機関を受診されましたか？現在も通院中ですか？

.....

■身体の病気で通院中の医療機関と治療薬を教えてください。今までの大きな病気や手術を書いて下さい。

.....

■家族の構成を教えてください。左に書けない場合は、右に追加して記入して下さい。

関係	年齢	職業/学校○年	健康状態と性格	追加のご家族
(同居)				
(同居)				
(同居)				

■生活状況について教えてください。

① 睡眠 :  良い  普通  悪い(就寝\_\_\_\_時 起床\_\_\_\_時 途中覚醒あり・熟睡感なし)

② 食欲 :  良い  普通  悪い(規則的・不規則)

③ 便秘 :  良い  普通  悪い(□下痢気味 □便秘 1回/\_\_\_\_日 その他\_\_\_\_\_)

④ アレルギー :  ない  ある(薬・食物・花粉など\_\_\_\_\_)

⑤ 酒 :  のまない  のむ(□たまに □時々 □週に4日以上 酒量\_\_\_\_\_)

⑥ 煙草 :  のまない  のむ(\_\_\_\_日何本\_\_\_\_\_)

⑦ 自殺願望 :  ない  ある(具体的な行為\_\_\_\_\_) ありがとうございました