

## 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	
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いたしません。必要な場合は対応可能。)

- 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	職業または学校○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( 一日何本\_\_\_\_\_ )
- ⑦ 自殺願望 : ない ある(具体的な行為\_\_\_\_\_ ) ありがとうございます