

問診票（再初診）

R 年 月 日

お名前： 男・女 生年月日： S・H・R 年 月 日（ 歳）

ご住所： 〒 -

ご関係

電話番号： - -

携帯電話： - -

勤務先
(学校名)：

☐学生 ☐会社員 ☐自営業 ☐無職
☐主婦 ☐専門職 ☐その他（ ）

・ 今日ご相談したいことは何ですか？
いつ頃から、どのような症状があった等、具体的にお書きください。

・ 前回の受診はどういった理由で途絶えましたか。
☐転居のため ☐安定したため
☐「困った時に来てください」と言われた
☐行きたくなくなった
(理由をお聞かせください)
☐その他（ ）

・ 当院を受診後に精神科、心療内科、療育機関、相談機関などにご相談されたことはありますか？

病院・機関名	年齢	相談内容

・ 他の医療機関からの紹介状を持っていますか。
☐はい ☐いいえ

・ 当クリニックにどのようなことを希望されますか？
その他伝えたいことやご要望がありましたらご記入ください。
☐診断 ☐検査 ☐対応について ☐今後について
☐その他（ ）

・ 家族構成についてご記入ください。

あなたとの関係	お名前	年齢(学年)	職業	同居
例) 妻	花子	35歳	事務	○

・ 現在の学校・お仕事や生活の状況を教えてください。
☐毎日出社 ☐遅刻・早退が多い
☐時々休む ☐週に数回外出している
☐家にいることが多い（ 歳頃から）

・ 現在、下記の症状があればチェックしてください。
☐糖尿病 ☐甲状腺機能異常 ☐高血圧
☐循環器疾患(心筋梗塞など) ☐高脂血症
☐てんかん ☐妊娠している

・ 現在、服薬や治療中の症状があれば教えてください。
☐はい（ ）
☐いいえ

・ 現在利用している福祉サービス(放課後デイ・就労支援など)がありましたらご記入ください。
（ ）

最後に、当院における診療内容、治療経過などを今後の精神医療発展のために、国内外の研究会などで報告させていただく場合がございます。同意していただけますか。
(個人が特定されることはありません。)(いいえの場合でも治療上不利な扱いを受けることは全くありません。)
☐はい
☐いいえ