

## 初診問診票

ふりがな	生年月日 M・T・S・H	年齢	性別
お名前	年 月 日	歳	男・女
ご住所（〒 - ）		電話番号	
緊急連絡先（忘れ物の際などに使用しますので、必ずご記入下さい。）			
日中連絡がつく番号： （ ） 携帯電話・勤務先・自宅・その他			

心療内科・精神科のご相談      皮膚科のご相談

1. どのような症状で本日来院されましたか？

（ ）

2. いつ頃からその症状が始まりましたか？

数日前から   1週間前から   1ヶ月前から   具体的に（ ）

3. 今回の症状について、他の医療機関で診察・処方を受けましたか？

受けていれば内容を記入して下さい。

（ ）

4. 現在治療中の病気はありますか？処方されている場合はお薬の名前を記入して下さい。

（ ）

5. 今回の症状に関して心配なことや聞いておきたいことはございますか？

（ ）

6. 次の既往症をお持ちの方は□に✓を記入して下さい。

緑内障    糖尿病    薬疹    アナフィラキシーショック

7. 女性の方に伺います。

現在妊娠していますか？    はい    ・    いいえ

現在授乳中ですか？    はい    ・    いいえ

8. 当院をどこでお知りになりましたか？

（1）インターネット    （2）知人・家族    （3）看板・広告    （4）他院の紹介