

おおほり心療クリニック・問診表

--	--	--	--	--

受診（予定）日：H 年 月 日 時 分

氏名	心りがな	生年月日	大・昭・平 年 月 日（ 歳）
住所	〒 -		
電話番号		携帯電話	

■ 現在お困りのこと（症状など）を、お教えてください。

（ご本人）

.....

（ご家族）

.....

.....

■ いつごろからお困りですか？

.....

■ これまでに、そのことについて医療機関などで相談したり治療を受けたりした事がありますか？

.....

■ 現在、お体の病気などで、他の病院にかかっていますか？ 投薬されていますか？

.....

■ 現在、あるいは最近のお仕事をお教えてください。

.....

■ 現在、どなたと同居されていますか？

.....

■ 次の質問にお答えください。

- ① 睡眠 ： 良い 普通 悪い
- ② 食欲 ： 良い 普通 悪い
- ③ 便秘 ： 良い 普通 悪い
- ④ アレルギー ： ない ある （薬・食物.....）

■ 当院を何でお知りになりましたか？

- インターネット 携帯サイト 電話帳 人から聞いて
- 地下鉄看板 ビル看板 他院からの紹介 その他（ ）

■ 本日は何でお越しになりましたか？

- 徒歩 自転車 車 地下鉄 バス その他（ ）

ありがとうございました。