

問 診 票

フリカナ
氏名

(男・女)

生年月日 平成 年 月 日 年齢 歳 ≈

来院日 年 月 日 この紙の記入者: (本人・続柄())

初診時来院された方 本人・父・母・その他 ()

所属 公立・私立

() 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・その他

〈家族〉(頻繁に会う親戚の方も書いて下さい)

続柄	氏名	年齢	同居・別居・離別・死別	所属(職場・学校など)、精神科・神経科の受診履歴
父			同・別・離・死	
母			同・別・離・死	
			同・別・離・死	
			同・別・離・死	
			同・別・離・死	
			同・別・離・死	
			同・別・離・死	
			同・別・離・死	
			同・別・離・死	

〈来院の目的〉

どんなことが、気になっていませんか？それはいつからですか？

それをどこかで相談しましたか？もしくは検査や治療を受けたことがありますか？

