

記入日： 年 月 日

## 問診票(高校生以上)

氏名：

◎問診票を記入されている方のお名前と関係 (ご本人以外の場合)氏名 関係
◎本日こちらに来られたのは、どなたの希望ですか？ →家族の勧め・学校の勧め・職場の勧め・その他( )
◎どのような症状・状態がお困りで受診されましたか？(必ずご記入ください) 年 月頃、または 歳頃から
◎症状やお困りの状態の原因やきっかけについて、思い当たることはありますか？ (はい・いいえ) →「はい」の場合：
◎当クリニックの希望について、あてはまる項目に○をつけてください。(複数回答可) 相談したい・診断してほしい・治療をして欲しい・薬を出して欲しい・カウンセリングをして欲しい 検査をして欲しい・セカンドオピニオン
◎今までにどちらかで治療、もしくはカウンセリングを受けたことがありますか？(はい・いいえ) →ある場合は、それぞれいつからいつまで、どこの治療機関にかかったかをお書きください。
◎これまでにかかれた身体の病気について、当てはまる項目に○をつけてください。 糖尿病・高血圧・高脂血症・心臓疾患・肝臓疾患・腎臓疾患・脳疾患・緑内障・前立腺肥大 てんかん・その他( )
◎現在、治療中の病気、アレルギーはありますか？(はい・いいえ) →「はい」の場合：
◎今までにお薬や注射などで、副作用やアレルギーがあればお書きください。 薬剤( ) 症状( )

※裏に続きます。

