

問診票

お名前 []

- ・ 2枚ございます。ご記入できる範囲でかまいません。該当するものを○で囲んでください。
- ・ 記入内容については診察以外の目的には使用いたしませんのでご安心ください。

当院を知ったきっかけ ※複数回答OK	・WEB→どんなページを見ましたか？または検索ワード（ ） ・知人から ・通院中の方から ・看板やチラシ ・通りがかり ・その他（ ）
本日ご来院の患者様	・ご本人 ・ご本人以外→ご本人との関係()
診察	・ご本人1人で診察希望 ・付き添いの方と同席での診察希望
受診	・ご本人の希望 ・周囲に勧められて
受診の理由 ※複数回答OK	・症状を治したい ・診断書がほしい ・病気かどうか知りたい ・転院希望 ・その他ご相談されたいこと <div data-bbox="486 1070 1476 1193" style="border: 1px solid black; height: 55px; margin-top: 10px;"></div>
症状 ※複数回答OK	・眠れない ・気持ちが落ち込む ・イライラする ・不安 ・嫌なことを思い出す ・食欲がない ・物忘れが多い ・考えがまとまらない ・人間関係がうまくいかない ・特定の物事を必要以上に気になる(例：鍵の閉め忘れ、何度も手を洗う) ・その他の症状 <div data-bbox="683 1429 1465 1641" style="border: 1px solid black; height: 95px; margin-top: 10px;"></div>
影響していると思うこと	・あり ・なし (例: パワハラ・セクハラ、暴言・暴力、子ども時代の虐待など) どのようなことですか?(例: 中学時代にいじめられて不登校になった) <div data-bbox="480 1883 1493 2096" style="border: 1px solid black; height: 95px; margin-top: 10px;"></div>

