

さっぽろ元町メンタルクリニック問診票

令和 年 月 日

受診される方

*印欄（該当する方はご記入下さい）

フリガナ						生年月日	大正・昭和・平成		
氏名							年	月	日（ 歳）
住所	〒 -								
連絡先	固定電話	- -			携帯電話	- -			
ご家族連絡先	〒								
	TEL				お名前			(本人との続柄)	
* 自立支援受給者証	有・無	精神障がい者保健福祉手帳			級	療育手帳	A ・ B		

1、お困りのこと・症状はどういったものですか？

2、1の状態はいつ頃から起こりましたか？

年 月 頃

3、これまでに、精神科・心療内科を受診されたことはありますか？

いつ頃、どちらの病院・クリニックですか？

ある（ 年 月頃 クリニック・病院） ・ ない

4、現在治療中、またはこれまでにかけたことがある病気はありますか？

ある（ ） ・ ない

5、現在服用中の薬はありますか？

ある（ ） ・ ない

6、薬や食べ物で、アレルギーが出たことはありますか？

ある（ ） ・ ない

7、これまでの生活について

(1) 出身地は？

都・道・府・県

区・市・郡

(2) 最終学歴は？

中学・高校・専門学校・短大・大学・大学院

() 在学中(年) ・ 卒業 ・ 中退

(3) お仕事は？

() 現職中 ・ 無職 ・ 休職中(年 月 から)

8、ご家族について

(1) ご両親は？

父 歳 (同居・別居・離婚・音信不通・死去)

母 歳 (同居・別居・離婚・音信不通・死去)

(2) ご兄弟は？

・あり (名) 本人は(番目) ・なし

(3) ご結婚は？

・未婚

・既婚(結婚 回 離婚 回) ・現在は(婚姻中・離婚・死別)

(4) お子様は？

・あり 名 (年齢 ・ ・ ・ 歳) ・なし

9、当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット ・ 知人の紹介 ・ 他院の紹介 ・ 地下鉄案内板 ・ その他()

10、ご連絡を取らせていただく状況が生じた場合、クリニック名でお電話を差し上げてよろしいでしょうか？

・はい (携帯 ・ 自宅 ・ 他 なら可) ・ いいえ

当院は診療情報取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願い致します。