

# 問 診 票



医療法人社団 博徳会

林間メンタルクリニック

年 月 日

ふりがな		性別	生年月日		年齢	
氏名		男 女	大正 昭和 平成	年 月 日	歳	
ふりがな				電話		
住所	〒				FAX	
					携帯	
緊急連絡先 (ご本人以外の方)	ふりがな			続柄	電話	
	氏名					

- ① 精神科にかかるのは初めてですか？  はい  いいえ
- ② 今までに、入院したり、長く通院したりする病気になりましたか？  
 はい  いいえ
- ③ 今、飲んでいるお薬がありますか？  はい  いいえ
- ④ 不整脈や心電図の異常など、心臓の病気を指摘されたことがありますか？  
 はい  いいえ
- ⑤ お薬で、発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか？  
 はい  いいえ
- ⑥ あなたは、何人兄弟（姉妹）の何番目ですか？ \_\_\_\_\_ 人兄弟の \_\_\_\_\_ 番目です。
- ⑦ 現在の年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 身長 \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg
- ⑧ あなたは、  
 学生です。  主婦です。  社会人です。  その他（ \_\_\_\_\_ ）
- ⑨ あなたの最終学歴は？  
 中学校  高校  専門学校  短大  大学  大学院  その他
- ⑩ あなたのご家族に糖尿病の方はいますか？  はい  いいえ