**宇品神田クリニック問診票**

記入日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入される方：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄(本人・その他：　　　　　　) | | |
| 受診される方 | ：  　　　　　　　　　　　　　　　男 ・ 女 | 生年月日：  和暦T・S・H・R 年  西暦　　　　年　　　月　　　日(　　　 歳) |
| 住所：〒 　 ― | |
| TEL　　　　　　－　　　　　　　－ | |

**※以下の項目について、わかる範囲でご記入ください。。**

**個人情報保護法を遵守し、情報は厳重に管理いたします。**

**1.お困りの症状・問題についてお伺いします。**

**1) 今日の受診は、どなたの希望ですか？**

**□　患者さんご本人　　　□　ご本人以外（　　　　　　）***例：母、学校、職場検診、など*

**2) 相談の内容をご自由にご記入ください**

|  |
| --- |
| *例：最近やる気がせず、気分が落ち込んでしまう。*  *例：自分は気にしていないが、家族から○○だと言われた。* |

**3) 2)で記入された症状はいつ頃からありますか。**

　　　　　年　　　　　月ごろ(　　　　　)歳ごろから

その時から本日までの症状の変化や、きっかけになるような出来事があれば、お書き下さい。

|  |
| --- |
| *例：最初は良くなったりまた悪くなったりしていたが、この2か月は次第に悪くなっている。*  *例：○か月前に引っ越しをして、慣れない土地に来た。それ以来症状は少しずつ悪くなっている。* |

**2.当院で治療するにあたり希望することなどあれば、ご自由にお書き下さい。**

**薬についての希望があればあわせて教えてください。（薬が欲しい・ほしくない、飲み薬がいい、貼り薬がいい、詳しい話を聞きたい、難しい話はしてほしくない、漢方薬がいい、など）**

|  |
| --- |
|  |

**ご記入ありがとうございました。**