

# こころのホスピタル町田 問診票

記入日：令和 年 月 日

記入者：本人・その他（ ）

フリガナ お名前	性別 男・女
生年月日 M. T. S. H. 年 月 日	年齢 才
職業・職種/学校名・学年	

① 本日は、どのようなことでご来院されましたか。

② いままでに罹った病気をお書きください。

③ 現在、服用中の薬があればお書きください(わかる範囲で結構です、お薬手帳などがあれば見せていただくだけでも結構です)。

④ 薬物・食べ物・その他のアレルギーがあれば、その内容をお書きください。

⑤ たばこ、アルコール、コーヒーなど、嗜好品があればお書きください。

たばこ 1日 本ぐらい

アルコール(何を) を 1日 杯

コーヒーなど(何を) を 1日 杯

その他( )

⑥ 家族構成(同居の方に○をつけて下さい)

配偶者 父 母 兄 姉 弟 妹 祖父 祖母 叔父 叔母 他親類( )

子供：男 ( )歳 ( )歳 ( )歳 女 ( )歳 ( )歳 ( )歳

その他( )

⑦ 本日のご来院を家族・知人にお話しされていますか？

はい ・ いいえ

⑧ 当院をどこでお知りになりましたか？

(裏面にもご記入ください)

