

問診票

記入日：令和____年____月____日

フリガナ

お名前（ 男・女__才） 生年月日（**T・S・H** ____年__月__日）

ご住所（〒____-____-____）

電話番号（____-____-____） 携帯番号（____-____-____）

①いつ頃から、どのような症状がありますか？ご自由にお書き下さい。

② 今までに病気、手術をされたことがありますか？（ ）

③ ご家族で病気、手術をされた方はいますか？（ ）

④ ご出身（ 県 ）

⑤ ご兄弟（ 人兄弟の上から__番目）

⑥ 教育（ 学校 在学・卒業 ）

⑦ 結婚（**T・S・H** 年～ **T・S・H** 年）

⑧ 今一緒に住んでいる方はいますか？（ ）

⑨ お仕事は何かされていますか？（ ）

⑩ 当クリニックを何でお知りになりましたか？（インターネット（ホームページ・その他）、
看板を見て（当ビル・白島・その他）、チラシ（リビング・ぬりえーる・その他）、
知り合いの紹介、その他 ）



はしがみ心療内科クリニック