

問診票

* 下記項目は全て診察上大変重要な項目です。カルテと同様、病院の外部には一切出ることはありません。ご面倒でも、以下ご記入・該当項目を○で囲んで下さい。

(フリガナ)

名前 _____ 様 _____ 歳(男、女)

[代書の場合] 記入者続柄 _____

1. いま一番お困りのことは何ですか (具体的にお願い致します)

.....
.....

2. いつ頃から症状が始まりましたか

_____年_____月_____日 (または _____ 歳) 頃から

3. 何かきっかけと思われる事 (原因) はありますか

・ある ・ ない ・ わからない

(内 容)

.....

4. こちらにおいでになったいきさつは

・自分からすすんで ・ _____ にすすめられて ・ その他 (_____)

* 誰かと一緒に来ましたか?

・ 1人で来た ・ (名前: _____、本人との関係 _____) と一緒に来た

5. いままで心療内科・精神科の治療を受けたことがありますか

..... 病院 _____ 科 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 ・通院・入院

..... 病院 _____ 科 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 ・通院・入院

..... 病院 _____ 科 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 ・通院・入院

6. これまで心療内科以外の病気などを診断されたことはありますか? すべてご記入ください。

* 糖尿病・甲状腺・緑内障・前立腺肥大・その他 _____

.....

* 現在内服中、使用中の薬はありますか (なし・あり)

内容をわかる範囲でお書き下さい:

.....
.....

7. 以前に次の件を指摘されたことがありますか

アレルギー体質 食べ物: _____ お薬: _____

⇒ (裏もあります)

プライバシーポリシーについて

■ 基本方針のご説明

当クリニックに対してご予約・問い合わせ・質問等によって提供された個人情報は、原則として、その問い合わせ・質問等に対する回答、及び当クリニックのそれらの対応に関する今後の改善のために利用いたします。それ以外の目的で利用する場合は、個人情報を提供していただく際に予めその目的を明示致します。

当クリニックは、ご利用者様の同意を得ることなく、会社・機関・団体等の第三者に個人情報を提供、開示することは一切ありません。ご利用者様の同意に基づいて個人情報を提供する場合は、個人情報を漏洩や再提供等しないよう適切な管理を実施します。

当クリニックは、利用者に有益と思われる範囲内で、当クリニックの活動内容等の情報を、電子メール・郵便等により送信・送付し、または電話させていただく場合があります。ご利用者様は申し出によりこれらの取扱いを中止させることが可能です。

ご利用者様が、個人情報の照会、修正等を希望される場合には、申し出により合理的な範囲で速やかに対応致します。

当クリニックは、当クリニックが保有する個人情報に関して適用される法令、規範を遵守するとともに、本個人情報保護方針についての全部又は一部を改訂することがあります。

■ 同意書

上記をご理解頂いた上で、個人情報の取り扱いについて、以下にご署名ください。

わたしは、自身の個人情報について他人への説明を (希望します・希望しません)

他人への説明をご希望の場合は、具体的にお書きください。

ご家族の方 ()

会社の関係者 ()

ご友人など ()

平成 年 月 日

ご署名 : _____