

初診時アンケート

来院日 _____ 年 月 日

当院を初めて外来受診される方のみ、「初診時アンケート」をお願いしております。

ご回答いただいた内容は、診療に影響するものではなく、また患者様のプライバシーは当院が責任をもってお守りすることをお約束いたします。

お名前	ふりがな	性別	男・女	生年月日	年 月 日	年齢	満 才
ご住所	ふりがな 〒						
ご連絡先	ご自宅	-	-	携帯電話	-	-	ご自宅にお電話を差し上げる際 病院名を出してよろしいですか。 はい・いいえ

該当する項目の () に○をご記入ください。

Q1: 何を参考にご来院されましたか? () 他院の紹介 [] () 他施設の紹介 [] () インターネット (当院のホームページ) () 知人・家族の紹介 () 会社、学校の紹介 () 街頭看板 () 電話帳 () 救急搬送 () その他 []
Q2: ご希望の診療科目 () 精神科 (心療内科を含む) () 内科・胃腸内科 () 歯科・歯科口腔外科
Q3: ご希望の治療 () 医師による精神療法 () 薬物療法 () 心理カウンセリング
Q4: 入院治療ご希望の有無 () 入院を希望する () 入院を希望しない
Q5: 心療内科または、精神科にこれまで当院を含め受診したことがありますか? () ない () ある [病院名・クリニック・施設名 いくつ頃ですか? 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 頃]
Q6: アレルギーはありますか? () ない () ある [具体的に]
Q7: お酒、たばこについてお聞かせください。 ・お酒 () 飲まない () 飲む → (1日 程度、 年) ・煙草 () 吸わない () 吸う → (1日 本程度、 年)
Q8: 現在治療中の病気や慢性疾患はありますか? () ない () ある [具体的に]
Q9: 現在の症状をお聞かせください。※複数回答可 () 不眠 () ストレス () 心身症状 () 飲酒 () 耳鳴り () 発作 () 不安 () 対人関係困難 () 憂うつ感 () 眠気 () 幻覚 () 意識低下 () イライラ () 疲労倦怠 () 物忘れ () 不快感 () めまい () その他 []
その他、気になる点やご不安な点などありましたらご記入ください。