

外来問診票（成人）

社会医療法人 緑峰会 ぎふストレスケアクリニック

記載日：令和 年 月 日

受診者	ふりがな			性別	(男・女)	
	氏名					
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	() 歳
	住所	〒 - (※アパート・マンション名まで記載してください。)				
被保険者名		(健康保険証の直接加入者)	被保険者からのあなたの続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄:)		
連絡先	第1	-	-	★携帯の場合⇒所有者【本人・父・母・その他()】		
	第2	-	-	★携帯の場合⇒所有者【本人・父・母・その他()】		

①どのように当院のことをお知りになりましたか。○で囲ってください。

紹介	<input type="checkbox"/> 病院等からの紹介(病院名: _____ 科) <input type="checkbox"/> ◆紹介状(有・無)
	<input type="checkbox"/> () 保健所、福祉事務所、断酒会、ダルク、知人、友人 <input type="checkbox"/> 家族が当院を利用していた <input type="checkbox"/> 当院を利用している人からの紹介
	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 雑誌や本 <input type="checkbox"/> その他()

②現在服用中のお薬はありますか。分かる範囲でお答えください。

<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
--

③来院されたのはどのような心配や問題のためでしょうか。詳細は診察時にお伺いしますので、一番の心配事や困っていることについて簡単に記載してください。

④心配や困っていることで今までに医療機関で治療を受けたことがありますか。

<input type="checkbox"/> 有 (病院名: _____) *治療を受けている *通院している *入院している *中断した <input type="checkbox"/> 無
--

⑤当院において希望するものを○で囲ってください。

<input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 検査(心理検査・血液検査など) <input type="checkbox"/> お薬での治療 <input type="checkbox"/> 学校のことを相談したい <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他(具体的に _____)	<input type="checkbox"/> 入院での治療 <input type="checkbox"/> お話での治療(カウンセリング) <input type="checkbox"/> 家族としての接し方を教えて欲しい <input type="checkbox"/> 家族教室 * 集団療法 <input type="checkbox"/> 診断書の交付
---	--

ご協力ありがとうございました。