

問診票

心療内科問診

フリガナ お名前		性別	
生年月日		年齢	
現住所	〒	電話	

1. どうなさいましたか？

夜眠れない 憂うつ 不安・緊張 落ち着かない 過呼吸・パニック 食欲低下・拒食 下痢・便秘を繰り返す	気分が沈む やる気が出ない 焦り イライラする 手洗い・確認癖 過食 その他↓（書けない時は裏へ）
--	---

2. 今までにかかった病気はありますか？

ある

ない

--

3. 薬や食物でアレルギーになったことはありますか？

ある

ない

--

4. 現在飲んでいる薬はありますか？

ある

ない

--