

問診票

○来院日：_____年__月__日

○記入者 氏名^{ふりがな}_____続柄：_____

○受診者について

・氏名^{ふりがな}：_____ 同上 ・ 職業：_____

・生年月日：昭・平 _____年__月__日生（_____歳）（男・女）

・住所：（〒 _____）

・連絡先電話番号：_____ 緊急連絡先：_____

○本日の受診の理由についてお尋ねします。

- (1) 何か精神的な症状のようなので、そのことで診断・治療を受けたい。
- (2) 広汎性発達障害（アスペルガー障害や ADHD など）ではないかと思うので、診断・治療を受けたい。
- (3) カウンセリング（精神療法・心理療法）を受けるために診断を受けたい。
- (4) 現在治療中だが、セカンドオピニオンを求めにきた。
- (5) 自分は病気と思わないが、言われたので受診した。

・(2) の場合には、症状チェックリストがありますので、そちらもご記入ください。

・(3) の場合には、自費のカウンセリングを希望される理由をお尋ねする問診票がありますので、そちらもご記入ください。

○本日、ご相談なさいたいことはどのようなことですか？

（いつ頃から、どのようなことでお困りかをお書きください。複数の場合は、1、2、3…と分けてお書きください。）

○そのことで、現在治療を受けておられますか？ （ はい ・ いいえ ）

裏面にも記入欄がございます。

