

アルコール依存症と診断されたこと

⑧薬物アレルギー (薬品名)

⑨食物アレルギー (食品名)

⑩シンナーや違法薬物を使用したことがありますか？

⑪睡眠について

⑫食欲について

⑬出生地はどちらですか？ (例：神奈川県小田原市) _____

⑭幼少時の家族構成を教えてください。(例：父母兄1姉1弟1妹2祖父母)

⑮ご家族に精神科通院歴のある方はいらっしゃいますか？

⑯同居しているのはどなたですか？ 夫 妻 子供 人 父 母 その他(↓へ)

⑰小学校はどちらですか？ (市区町村名または学校名)

⑱中学校はどちらですか？ (市区町村名または学校名)

⑲高校はどちらですか？ (市区町村名または学校名)

⑳最終学歴は？ (差し支えなければ学校名)

㉑気分の浮き沈みは大きい方だと思いますか？

㉒死にたいぐらい気分は沈んでいますか？

㉓パニックにおちいったことがありますか？

㉔その他に気になることがあれば記入して下さい。

大変お疲れさまでした。この問診票はメールで info@fujiiwara-cl.jp に、または FAXで 03-3821-3768 にお送り下さい。初回は電話診察でお話を伺います。ご希望の日時があれば㉔の欄にお書きください。当院からの連絡をお待ちください。その後の診察日は電話診察中に予約します。必要があれば精神科専門医の診察を予約します。