

心療内科問診票

ふりがな 名 前			
生年月日	昭・平	年 月 日	年齢 歳
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
住所 〒			
電話 ()	—	身長 cm	体重 Kg
		体温	℃

◎生活習慣についてお尋ねします。

①夜はだいたい何時に寝ますか？

②朝はだいたい何時に起きますか？

③ゲーム・パソコン・テレビを使って1日何時間くらい遊びますか？

④食事は1日3回とっていますか？ はい いいえ

⑤ここ2～3ヶ月、体重の変化はどうか？ 減少 変化なし 増加

⑥親子関係はうまくいっていますか？ 悪い 普通 良い

⑦友達関係はうまくいっていますか？ 悪い 普通 良い

⑧成績はどうか？ 下がった 変化なし 上がった

◎受診された理由について、自由に記入してください。
