

■問 診 票■

記入日： 年 月 日

1. ご本人情報

代筆者名： (続柄：)

フリガナ：	性別： 男性 ・ 女性 ・ その他()	年齢： 歳
お名前：	生年月日：大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生	
住所：〒		
電話番号： 自宅 () / 携帯 ()		
緊急連絡先の電話番号：① (続柄：) ② (続柄：)		

2. 本日はどのようなことがお困りで受診されましたか。また、それはいつ頃からですか。何かきっかけはありますか。

--

3. 今までに他の心療内科、精神科で治療を受けたことがありますか。

()年()月 病院名()	診断名・治療内容()
()年()月 病院名()	診断名・治療内容()
()年()月 病院名()	診断名・治療内容()

4. 現在、治療中の病気はありますか。

高血圧	あり ・ なし	心臓病	あり ・ なし	その他
糖尿病	あり ・ なし	不整脈	あり ・ なし	
高脂血症	あり ・ なし	前立腺肥大症	あり ・ なし	
気管支喘息	あり ・ なし	緑内障	あり ・ なし	

5. 過去に身体面の病気をしたことはありますか。入院歴や手術歴もあればお答えください。

--

6. 現在、内服している薬・サプリメント、使用中の塗り薬などお答えください。(お薬手帳などあれば見せてください)

--

※裏面もご記入ください。

7. 今まで内服した薬の中で、何か副作用が出現して、つらい思いをしたものがあればお答えください。

--

8. その他

食べ物、薬、注射のアレルギー	なし・あり（食品名・薬品名・症状：_____）
タバコ	吸わない・吸う（本/日×年間）・禁煙した（年前から。それまでは本/日×年間）
お酒	飲まない・飲む（頻度：日/週）（種類・量：_____）

9. 女性の方のみお答えください。

月経周期	規則的・不規則・閉経	月経痛	強い・人並・あまりない
月経前の気分の波	感じない・落ち込む・イライラする	妊娠の可能性	あり・なし

10. ご本人について、家族構成などお答えください。

出身地(都道府県)			
最終学歴	中学校・高校・専門学校・大学・大学院・その他(_____)		
職業(職歴)			
両親の状況	健在・死去・その他(_____)		
兄弟姉妹の有無	なし・あり(ご本人は、人中 番目)		
結婚の有無	未婚・既婚・離婚・その他(_____)		
子供の有無	なし・あり(人) ➡ それぞれの性別・年齢(_____)		
同居中の方	なし・あり(_____)		
血縁者で、心療内科や精神科に受診したことがある方	いない・いる(_____)		

11. 性格について、当てはまるものがあればお答えください。(※複数回答可)

明るい・楽天的・社交的・内向的・無口・頑固・短気・怒りっぽい・神経質・負けず嫌い 几帳面・真面目・責任感が強い・頑張りすぎる・正義感が強い・他人に気がつかいすぎる 他人の目を気にしすぎる・緊張しやすい・考えすぎる・取り越し苦労が多い・落ち込みやすい 気が散りやすい・飽きっぽい・せっかち・おっちょこちょい・活動的・好奇心旺盛

12. 本日の診察に同席される方がいる場合にお答えください。(※同席には本人の同意、医師の許可が必要です)

お名前:	(本人とのご関係: _____)
お名前:	(本人とのご関係: _____)

13. どのように当クリニックのことがお知りになりましたか。(※複数回答可)

インターネット・チラシ・直接見て・電柱看板・知人の紹介・保健所など公的機関・家族のすすめ 他の病院からの紹介（病院名: _____、科名: _____）

14. 備考（治療についてのご希望やご質問など、それ以外のこと何でもご自由にご記入ください）

--