

問診票

来院日 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 男 女 ご職業 _____

今一番お困りのことは何ですか？

それは、いつ頃からですか？ (年 月 日)頃 もしくは()歳頃

原因やきっかけについて思い当たることはありますか？

どのようなときに、どういった症状からはじまり、その後どうなっていますか？

(簡単な経過を教えてください)

これまでに心療内科、精神科を受診されたことはありますか？

いいえ はい (医療機関名: _____)

今までにかかった病気や、現在治療中の病気はありますか？

(糖尿病、高血圧、心疾患、肝臓疾患、腎臓疾患、緑内障、その他)

現在服用中のお薬があれば、その薬剤名と処方を受けている医療機関名をお書きください。

お薬、食べ物によるアレルギーや副作用はありますか？

(女性の方のみ) 現在妊娠していますか？ いいえ ・ はい (第 週) ・ 不明

ご家族、ご親戚のなかで、心療内科、精神科を受診された方はいらっしゃいますか？

いいえ はい (病名: _____)

ご家族、ご親族のなかで、持病をお持ちの方がいらっしゃればお書きください。

(2 枚目に続く)

現在どなたとお暮らしですか？(複数チェックしてください)

独居・夫・妻・父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹(人)・子供(人)

その他()

学歴・職歴について、差支えのない範囲でお書きください。

ご自身の性格はどんな性格だと思われますか？

食欲は？ ない ある 最近1か月間の体重の変化は？ 増加 減少 変化なし

睡眠は？ 良い 普通 悪い 睡眠時間 時～ 時(約 時間)

便通は？ ふつう 下痢 便秘

たばこは？ 吸わない・吸う(1日 本を 年間)

アルコールは？飲まない・飲む(お酒の種類)(お酒の量 /日)

常用されている市販薬・健康食品はありますか？ ない ある(名称)

ご質問やご希望があれば、ご自由にお書きください。

当クリニックはどちらでお知りになりましたか？

ホームページ・ 新聞の折り込み広告・ 知り合いからの紹介

医療機関からの紹介・その他()

お疲れ様でした。ご協力ありがとうございました。