

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな 受診者の氏名	男・女	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
〒 -		
住所:	TEL: ()	
同行者の有無: 無・有 (氏名: 続柄: 世帯: 同居・別居)		

①現在お困りの事柄、症状、状況はどのようなものですか？

②それはいつからですか？

(昭・平) 年 月 日頃 (または 歳頃)

③症状が出たきっかけはありますか？

無・有

具体的に: _____

④これまで精神科・心療内科の治療を受けられましたか？

無・有

受診期間: (昭・平) 年 月 日 ~ (昭・平) 年 月 日

病 名: _____

内 服 薬: _____

医療機関: _____

受診期間: (昭・平) 年 月 日 ~ (昭・平) 年 月 日

病 名: _____

内 服 薬: _____

医療機関: _____

⑤現在(過去)治療(中)の病気・ケガ等がありますか？

無・有

受診期間: (昭・平) 年 月 日 ~ (昭・平) 年 月 日

病 名: _____

内 服 薬: _____

医療機関: _____

受診期間: (昭・平) 年 月 日 ~ (昭・平) 年 月 日

病 名: _____

内 服 薬: _____

医療機関: _____

裏面に続く→

⑥ご家族に精神科・心療内科の治療を受けられた方はいますか？

無・有

続柄: _____ 続柄: _____
病名: _____ 病名: _____

⑦現在の健康状態(あてはまるものに○)

- (1) 食欲 : 普通・問題あり (具体的に: _____)
 (2) 睡眠 : 普通・不眠 (寝つきが悪い・夜中に目が覚める・朝早く目が覚める) _____
 その他
 就寝: 時 分 起床: 時 分
 (3) お酒 : 飲まない・時々飲む・ほぼ毎日飲む (酒量:1日主に _____ を _____ 位)
 (4) 煙草 : 吸わない・吸う (本数:1日 _____ 本)
 (5) 市販薬の服用 : 無・有 (具体的に: _____)
 (6) アレルギー : 無・有 (具体的に: _____)
 (7) 感染症 : 無・有 (具体的に: _____)
 (8) 妊娠の可能性 : 無・有
 (9) 生理 : 順調・不順 (最終 _____ 月 _____ 日)
 (10) 便秘 : 普通・便秘・下痢 (処方薬: _____)

⑧最終学歴についてお聞かせ下さい(あてはまるものに○)

(中学・高校・専門・短大・大学) を (卒業・中退学・在学中・休学中) _____

⑨職歴と現在の職業をお聞かせ下さい

(_____)

⑩出身地、家族構成についてお聞かせ下さい

出身地(_____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村)

続柄	年齢	居住	関係性	特記事項
		同居・別居	良好・疎遠・死別	
		同居・別居	良好・疎遠・死別	
		同居・別居	良好・疎遠・死別	
		同居・別居	良好・疎遠・死別	

続柄	年齢	居住	関係性	特記事項
		同居・別居	良好・疎遠・死別	
		同居・別居	良好・疎遠・死別	
		同居・別居	良好・疎遠・死別	
		同居・別居	良好・疎遠・死別	

当院をどこでお知りになりましたか