

◆問診票◆

年 月 日 記載

名前		生年月日	大・昭・平 年 月 日生まれ	年齢 歳
住所			電話番号（クリニックからの連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否）	

症状や経過に関して

1. 困っている症状・状況はどのようなものですか？
2. それはいつ頃からはじまりましたか？
3. 不調になったきっかけと思われることは
 ない ある
 内容：
4. 今回の受診はどなたかのすすめによるものですか？
 自分から 家族（ ）のすすめ 知人・友人のすすめ
 その他（具体的に）
5. いままでに上記の症状で他の医療機関で治療を受けたことがありますか？
 ①（ ） 年 月 ～ 年 月 迄
 ②（ ） 年 月 ～ 年 月 迄
 もらった薬は？
6. 現在他の病気で治療を受けていますか？また他の薬を飲んでいますか？
7. 今までに大きな病気をされたことがありますか？
8. お薬や食べ物のアレルギーはありますか？（向精神薬や抗生剤でアレルギーが出た etc）
9. 御自身の性格に関して当てはまる項目にチェックしてください。
 内向的 社交的 神経質 いい加減 短気 怒りっぽい
 気が長い 責任感が強い 努力家 楽道家 悲観的 他人に気を使う 飽きっぽい
 浪費家 節約家 その他（ ）

二枚目に続きます→

生活に関して

- ・現在の身長と体重に関して教えてください。 _____ **cm** _____ **kg**
最近3か月の体重は 変わらない 減少した(3か月で _____ **kg**) 増加した(3か月で _____ **kg**)
- ・食欲 (良好 普通 あまり良くない 不良)
- ・睡眠 **就寝** _____ **時頃** ~ **起床** _____ **時頃** (良好 普通 あまり良くない 不良)
- ・入眠困難 (なかなか寝付けない) あり なし
 - ・中途覚醒 (途中で目が覚める) あり なし
 - ・早朝覚醒 (早く目が覚める) あり なし

嗜好品に関して

- タバコ _____ 1日 _____ 本
- アルコール 毎日飲む 週に _____ 日くらい飲む 月に _____ 日くらい飲む
 機会飲酒(歓送迎会など) ほとんど飲まない 飲まない(飲めない)
- 種類や量(例:焼酎を水割りで1日3杯×毎日 等)
(_____)
- カフェイン(コーヒー・紅茶)その他の薬物など(例:コーヒー 杯/日 _____ など)
(_____)

女性の方にお伺いします

生理は(順調 不順 無) 閉経は(_____)歳 妊娠中 授乳中

今までの生活に関して教えてください。

- 出生地:(_____ 都道府県) 兄弟 (_____ 人兄弟/姉妹の _____ 番目)
- 最終学歴: 学校名(_____) _____ 年 卒業
- 職歴: 現在のお仕事: (_____) いつからですか? (_____)
- ・転職したことは ある(_____ 回) ない
 - ・学校や職場での悩み ある ない
 - ・月の残業時間は 1ヶ月あたり(_____)時間前後

御家族に関して

婚姻歴 未婚 結婚(_____ 年 _____ 月結婚) 離婚(_____ 年 _____ 月離婚)

・同居の家族構成: 同居家族の人数(_____)人※ご本人を含まず

例(夫 / 53歳)(祖父 / 86歳)

(_____ / _____) (_____ / _____) (_____ / _____)
(_____ / _____) (_____ / _____) (_____ / _____)

家族歴: ご家族・ご親族のなかで精神・神経疾患に

かかったことのある方・心療内科に受診されたことがある方がいらっしゃる場合にはご記入をお願いします。

(例: 祖母がうつ病で 60歳頃に精神科で入院治療を受けた)

(_____)

家庭内に問題がありますか? おおいにある すこしある ない

当院をどこでお知りになりましたか

インターネット 看板 知人から 通りかかって その他(_____)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

マイナ保険証による診療情報取得に 同意します 同意しません 利用していません。