

問 診 表

年 月 日

できるだけ正確にご記入ください

受診者氏名 [] 記入者氏名 本人・その他 []

1.

| どうされましたか？ 受診されるきっかけとなった症状を書いてください | いつ頃からですか？ |
|-----------------------------------|-----------|
| | |

2. なにか思い当たるきっかけがありましたか？ ない ・ ある []

3. 職場・家庭・人間関係などに変わったことがありましたか？ (例：転職、異動、転居、離別など)

なかった ・ あった []

4. 精神科・心療内科で診察を受けたことが ない ・ ある [年 月頃 病院]

5. 精神科・心療内科に入院したことが ない ・ ある [年 月頃 病院]

6. 今までに飲み薬・注射・その他で異常はありましたか？ (じんましん・過敏症など)

なかった ・ あった →何によって起こりましたか？ [] (抗生物質・かぜ薬・予防接種等)

7. 今までに大きな病気をしたことがありますか？ (手術・けが等もお書きください)

[病名 ・ 才頃] [病名 ・ 才頃]

8. 以下のような持病がありますか？ (丸をつけてください)

心ぞう病 ・ 肝ぞう病 ・ 腎ぞう病 ・ 糖尿病 ・ 緑内障 ・ 高血圧 ・ リウマチ ・
甲状腺の病気 ・ じんましん ・ てんかん ・ アレルギー疾患 ・ その他 []

9. 身長 _____ cm 体重 _____ kg

食欲 [ある ・ ふつう ・ ない] 睡眠 [眠れる ・ 寝つきが悪い ・ 朝早く目が覚める
夜中何度も目が覚める ・ 熟睡感がない]

便秘 [良い ・ 便秘 ・ 下痢]
[日に 回程度] 月経 [順調 ・ 不順 ・ ない ・ 妊娠中]

たばこ [すわない ・ すう → 才から 1日に 本]
[禁煙した → 才で禁煙]

飲酒 [飲まない ・ 飲む → 日に 回 ・ 種類と量]
[飲酒をやめた → 才でやめた]

自動車・オートバイの運転 [しない ・ 時々する ・ 毎日する]

→ → → うらもご記入ください

10. 職業 []
11. 学歴 [中学校・高等学校・専門学校・短期大学・大学・大学院・その他] [卒業・中退]
12. 結婚 [未婚・ 才で結婚・ 才で離婚]
13. 兄弟 姉 [人] 兄 [人] 妹 [人] 弟 [人]
14. ご家族・ご親戚の方が心療内科または精神科の治療を受けられたことがありますか？
もしくは、現在治療中の方がおられますか？
いない・いる [どなた、どんなご病気]
15. 現在、他の医療機関に通院していますか？ はい ・ いいえ
他の医療機関から処方されている薬がありますか？ はい ・ いいえ

病名や処方内容等記載してください

16. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ
17. この1年間で特定健診や高齢者健診を受けましたか？ はい ・ いいえ

●緊急時連絡先（ご実家・勤務先・ご友人等）

| | | | |
|------|---|------|------------------------------------|
| ふりがな | | 間柄 | ・ 職場 ・ 帰省先 ・ 友人 ・ その他 [] |
| 氏名 | | 電話 | () |
| 住所 | 〒 | 携帯電話 | () |

※この緊急時連絡先は、ご本人に連絡がつかない場合や、緊急時にご本人以外に連絡を取る必要が生じた場合などに使用させていただきますので、できるだけご記入ください

※未成年の方は必ずご記入ください

※ご本人以外への連絡を希望されない場合は、下に○をつけてください

ご本人以外への連絡は希望しない []

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いたします。

ありがとうございました