

問診票

来院日 年 月 日

ふりがな

氏名 _____

生年月日 年 月 日 (歳)

住所 _____ 電話番号 _____

1. この問診票を記入しているのはどなたですか？

本人 家族(続柄) その他 ()

2. 次のどちらかに○印をしてください

しっしん、じんましんがしやすい体質ですか。	はい	いいえ
ぜんそくといわれたことがありますか。	ある	ない
これまで医師から特別な体質といわれた事がありますか。	ある ()	ない
くすりのアレルギーがありますか	ある (薬品名：)	ない
食べ物のアレルギーがありますか	ある (食品名：)	ない
治療中に気分が悪くなった事がありますか。	ある (どんな時：)	ない
他の病院にかかっている病気がありますか	ある (病名：) ()	ない
現在のんでいるくすりがありますか	ある (薬剤名：)	ない
手術をしたことがありますか	ある (いつ頃：) (何の手術：)	ない
緑内障あるいは眼圧が高いといわれたことがありますか	ある	ない
結核にかかったことがありますか	ある	ない

以下は女性の方のみ			
妊娠の可能性がありますか	わからない	はい	いいえ
授乳中ですか	はい		いいえ

3. 受診の理由をお書き下さい

(一番困っていること、一番辛いこと、希望していること など)

4. 3で記入された症状はいつ頃からありますか？

(いつ頃、どこで)

5. これまでに心療内科や精神科など受診されたことがありますか？

医療機関名	期間	
	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来

6. 以下について、あてはまるものに○をつけて下さい

睡眠	十分とれている	・	十分とれていない	・	眠りすぎてしまう		
食欲	ある	・	なし				
体重	変わらない	・	やせた	・	太った		
便秘	問題ない	・	下痢	・	便秘	・	便秘や下痢を繰り返す
不安	ない	・	時々ある	・	生活に支障がある		
ゆううつな気分	ない	・	時々ある	・	生活に支障がある		
いらいら	ない	・	時々ある	・	生活に支障がある		
死にたい気持ち	ない	・	時々ある	・	生活に支障がある		

7. 嗜好についてお聞かせ下さい

アルコール	飲まない	・	飲む	(頻度: 回/週 量:)
タバコ	吸わない	・	吸う	(頻度: 本/日)

8. 血縁関係にある方で、心療内科や精神科にかかれた方はおられますか？

いない	・	わからない	・	いる	(続柄: 病名:)
-----	---	-------	---	----	------------

9. 出生地・生育地

--

10. 学歴についてお聞きします

学校名	部活・課外活動
小学校	
中学校	

中学卒業後の学歴について

年齢	学校名	学部・学科	部活	退学の場合理由
歳～ 歳				
歳～ 歳				
歳～ 歳				

発達の遅れを指摘された事 なし あり (いつ頃)
 不登校 なし あり (いつ頃)
 いじめの有無 なし あり (いつ頃)
 虐待の有無 なし あり (いつ頃)

12. 職歴についてお聞きします

年齢	職場名	職務内容	退職理由
歳～ 歳			

13. 元来の性格について教えてください

--

14. 以下のことについて教えてください。過去にも当てはまることがあれば「あり」にして下さい

医薬品乱用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明
違法薬物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明
触法行為	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明
ギャンブル	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明
信仰	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明

予約した初診の日に必ずご持参ください。