

# 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
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			
歳～ 歳			
歳～ 歳			
歳～ 歳			
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。