

問診票

記入日 令和 年 月 日

(ふりがな) お名前		生年月日	昭・平・令 年 月 日
		男・女	既婚・未婚
住所	〒 -	電話番号	
		携帯番号	
職業 (学生の方は学年も)		最終学歴	
☆ 今、一番つらい症状、またはお悩みをお書き下さい。			
☆ 上記のことで心療内科・精神科に相談されたことがありますか？			
<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある (年 月 ~ 年 月 病院、クリニック	
		(年 月 ~ 年 月 病院、クリニック	
		(年 月 ~ 年 月 病院、クリニック	
☆ 一般外来の他にご希望されている治療プログラムはありますか？			
<input type="checkbox"/> 心理療法 <input type="checkbox"/> リワークプログラム(復職支援) <input type="checkbox"/> 心理検査			
☆ 自立支援医療はお持ちですか？			
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
☆ 家族構成について教えてください。			
☆ 家族や親戚の中に、次の病気の人はいいますか？			
<ul style="list-style-type: none"> ・ うつ病 (いる・いない) ・ 躁うつ病 (いる・いない) ・ 統合失調症 (いる・いない) ・ パニック・不安障害 (いる・いない) ・ 大酒飲み (いる・いない) ・ 自殺者 (いる・いない) ・ その他 () 			
☆ 今までに大きな病気、ケガをしたことがありますか？			
<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある (病名 / 歳)	
		(病名 / 歳)	
☆ 他の医療機関で治療中の病気はありますか？			
<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある (病名: 医療機関: 内服薬:)	
		(病名: 医療機関: 内服薬:)	
		(病名: 医療機関: 内服薬:)	
☆ これまで内服した薬で副作用はありましたか？			
<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある (薬品名: 症状:)	
		(薬品名: 症状:)	

※裏面もご記入下さい。

☆ あなたのことについて、当てはまる文章の□にチェックを付け、()に詳細をご記入下さい。

① 食欲はありますか？

はい いいえ 過食

② 睡眠はとれていますか？

はい いいえ (寝付きが悪い ・ 途中で目が覚める ・ 朝早く目が覚める)

③ 便通はどれくらいありますか？

毎日 () 回 () 日に1回 下痢ぎみ

④ 身長 cm

体重 kg 変わらない 増加 減少

⑤ 飲酒しますか？

しない する (種類 : 量 : ml/日 回数 : 回/週)

⑥ 喫煙しますか？

しない する (本/日)

⑦ 日常に車の運転をしますか？

はい いいえ

⑧ アレルギーはありますか？

ない ある ()

⑨ 女性の方のみお答え下さい。

- ・ 月経の周期は規則正しいですか？ 正しい 不規則
- ・ 月経時に症状はありますか？ ない ある (症状 :)
- ・ 現在妊娠中もしくは授乳中ですか？ いいえ 妊娠中 授乳中

☆ このクリニックをどのようにして知りましたか？

- ・ 知人の紹介
- ・ インターネット
- ・ クリニック前の看板
- ・ 職場からの紹介
- ・ 自宅が近い
- ・ 職場が近い
- ・ 他の医療機関からの紹介 ()
- ・ その他 ()

☆ マイナ保険証による情報取得に同意しますか？

いいえ はい

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。

☆ この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診) を受けましたか？

いいえ はい (時期 : 指摘事項 :)

ご協力ありがとうございました。