

# 問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏 名		性別・年齢	男 ・ 女 ( 才 )		
現 住 所	〒 —				
連絡先	自宅： ( ) 携帯： — —				

※以下の質問は、差支えのない範囲でご記入いただき、お答えが難しい箇所は空欄のままで構いません。

◆記入された方（マルをつけて下さい）：（本人 ・ \*付添い）\*本人との関係： \_\_\_\_\_

## 1. 本日来院された目的をお聞かせ下さい。

- 今困っている症状について相談したい
- お薬がほしい （ もしくは、お薬はできれば飲みたくない お薬は絶対に飲みたくない ）
- 書類(診断書等)がほしい
- 転院を希望している （ 情報提供書 あり  なし ）
- セカンドオピニオンを受けたい （ 情報提供書 あり  なし ）

## 2. 本日は、どのような症状(お困りごと)で受診をされましたか？

※最初に症状が現れたのはいつ頃ですか？（ 年 月頃から又は 歳頃 ）

※症状のきっかけと思われることはございますか？

ある〔 \_\_\_\_\_ 〕 ない

## 3. 今つらいことは、どんなことですか？（複数チェック可）

- よく眠れない 疲れやすい 体がだるい 気力がない 不安感 胸がどきどきする
- 息苦しくなる 気持ちが落ち込む 考えがまとまらない 集中力がなくなった よく涙がでる
- イライラする 気持ちが焦りやすい 朝起きるのが辛くなった 元気がよすぎる
- 食欲がない 食欲がありすぎる 頭痛 肩こり めまい 吐き気 下痢または便秘
- もの忘れする 声が聞こえる 周りから嫌がらせを受けているように感じる
- 死にたい気持ちになることがある 飲酒をやめられない
- その他〔 \_\_\_\_\_ 〕

裏面に続きます

4. 今までに「精神科」「神経科」「心療内科」などにかかったことはありますか？ はい いいえ

「はい」の方は、以下にご記入ください。

期 間	医療機関名	通院／入院
年 月 ～ 年 月		通院 ・ 入院
年 月 ～ 年 月		通院 ・ 入院
年 月 ～ 年 月		通院 ・ 入院
年 月 ～ 年 月		通院 ・ 入院

5. 今まで治療された主なところや身体のご病気、手術歴などについて

なし あり { 病名： \_\_\_\_\_ }

※現在治療中のご病気はございますか？ なし あり { 病名： \_\_\_\_\_ }

6. お薬や食べ物が原因で、発疹や肝障害などのアレルギーを起こしたことはありますか？

なし あり { 症状： \_\_\_\_\_ }

7. 元來のご性格はいかがでしょうか？(複数チェック可)

内向的 社交的 神経質 あまり細かいことは気にしない 気は長い 短気

凝り性 あきっぽい 責任感が強い 気を使いすぎる マイペース

8. 生育歴・教育歴・職業歴についてお伺いします。

ご出身地 { \_\_\_\_\_ }

最終学歴 中学校 高校 専門学校 大学 大学院 { 卒業 ・ 在学中 ・ 中退 }

現在のご職業 { \_\_\_\_\_ }

9. ご家族についてお伺いします。

兄弟姉妹 なし あり ( 人中 \_\_\_\_\_ 番目 ) 子供 なし あり ( \_\_\_\_\_ 人 )

10. 生活習慣についてお伺いします。※ ( \_\_\_\_\_ ) の中はマルをつけ、\_\_\_\_\_には数を記入してください。

①睡眠：平均 \_\_\_\_\_ 時間 寝つきはだいたい ( 良い・悪い ) 途中で \_\_\_\_\_ 回ほど目覚める

②飲酒：( 飲まない・まれに少し飲む・週 \_\_\_\_\_ 日は飲む ) 飲む量は：1日 \_\_\_\_\_ 程

③喫煙：( 吸わない・吸う ) 吸うのは：週 \_\_\_\_\_ 日くらい、1日に \_\_\_\_\_ 本くらい

④コーヒー・紅茶・濃い緑茶を：( 飲まない・まれに飲む・毎日 \_\_\_\_\_ 杯くらい飲む )

◆当院を何でお知りになりましたか？

知人の紹介 他院から紹介 インターネット 通りがかり その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆ご記入いただきました個人情報、診察に関する範囲を超えて利用することはありません。