

問診票

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 ( 男 ・ 女 )  
生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日生 満 \_\_\_\_\_歳  
住所〒( - ) \_\_\_\_\_ 都・府・県 \_\_\_\_\_ 区・市 \_\_\_\_\_ 丁目 \_\_\_\_\_ 番地 \_\_\_\_\_ 号  
(建物名までご記入下さい) 電話番号( - - ) \_\_\_\_\_

※当院よりご連絡差し上げる際、クリニック名を名乗ってもよろしいですか? はい・いいえ

ご職業 \_\_\_\_\_ 勤続 \_\_\_\_\_年目 勤務時間 定時 \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_  
週休 \_\_\_\_\_日 ( \_\_\_\_\_曜日休み) 残業 なし・あり (月平均 \_\_\_\_\_時間) 休日出勤 なし・あり  
ご経歴 (当てはまるものに○をつけてお答えください)

中学・高校・大学・専門・その他 ( \_\_\_\_\_ ) 卒業/中退/在学中

●当院にいらしたきっかけ (当てはまるもの全てに○をつけてください)

1. 近所だから 2. お勤め先の近くだから 3. 通りがかり 4. ホームページを見て 5. お知り合い・ご職場からの紹介 6. 他医療機関からのご紹介 7. その他 ( \_\_\_\_\_ )

●本日お困りの内容 西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃から

●ご不調 (当てはまるもの全てに○をつけてください) 西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃から

気分が落ち込んでいる ・ 気分の波がある ・ 以前楽しめたことが楽しめない ・ 集中できない ・ 物忘れが増えた ・ 何をするにも億劫な感じがする ・ 寝付きが悪い ・ 夜中や明け方に目が覚める ・ ぐっすり寝た気がしない ・ 寝すぎてしまう ・ 食べられない ・ 食べ過ぎてしまう ・ 自分を傷つけてしまう ・ 死んでしまいたいと感じる ・ 落ち着かない ・ 不安を感じる ・ イライラする ・ 動悸がする ・ 息苦しくなる ・ 人前で緊張する ・ 鍵の開け閉めなどが気になる ・ 汚れているのではと気になる ・ 一人である時に誰かの声が聞こえる ・ 誰かに見られている感じがする ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

●おおよその経緯、思い当たるきっかけをご記入ください。

●診察にあたってご希望されることで当てはまるものに○をつけてください。

現在の状態がどういった状態か知りたい ・ とにかく状態を改善したい ・ 薬を処方してほしい ・ どちらかと言うと話を聞いてほしい ・ 医師からのアドバイスがほしい ・ 診断書や書類を発行してほしい (初回の診察だけではお書きできないことがあります) ・ その他

●これまでに心療内科・精神科を受診・通院したことがありますか？ なし ・ あり

西暦_____年～西暦_____年	通院先_____	診断名_____
飲んでいた薬があればご記入ください。( )		
利用していた福祉サービスがあればご記入ください。自立支援・手帳・障害年金・その他		
通院先が複数ある場合は追記ください。( )		
心療内科・精神科への入院歴 なし・1回のみ・複数回		
西暦_____年～西暦_____年	入院先_____	診断名_____

●生活状況についてご記入ください。

身長_____cm	体重_____kg	体重の増減	なし・あり	西暦_____年頃より	_____kg	増・減
睡眠_____時間	(_____時～_____時)	食欲	なし・普通・あり・波がある			
これまで大きな病気をしたことがありますか？						
なし・あり (当てはまるものがあれば○をつけて下さい)						
高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・緑内障・急性狭隅角緑内障・前立腺肥大・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・けいれん・てんかん・甲状腺機能亢進症・その他 ( )						
現在服用している薬は？						
なし・あり( )						
アレルギー						
なし・あり( )						
アルコール						
飲めない・飲まない・飲む ( 毎日 ・ 時々 ・ 飲み会程度 )						
大麻・覚せい剤・シンナーその他の使用歴						
なし・あり (時期_____ 内容_____)						

●同居している方に○をつけてお答えください。

父・母・兄弟 ( _____名)・配偶者 ( _____歳 職業_____ 結婚 _____年目)・子 ( _____名)	
父方祖父／祖母・母方祖父／祖母・義父 ( _____歳)・義母 ( _____歳)・その他 ( _____)	
離婚歴	なし・あり ( _____回)

●血縁関係のご家族についてご記入ください。

父 _____歳 職業_____ 存命 ・ 死亡 没_____年 享年_____歳 病死・自死・その他	
母 _____歳 職業_____ 存命 ・ 死亡 没_____年 享年_____歳 病死・自死・その他	
兄弟(男・女) _____歳 職業_____ 存命 ・ 死亡 没_____年 享年_____歳 病死・自死・その他	
兄弟(男・女) _____歳 職業_____ 存命 ・ 死亡 没_____年 享年_____歳 病死・自死・その他	
兄弟(男・女) _____歳 職業_____ 存命 ・ 死亡 没_____年 享年_____歳 病死・自死・その他	
子(男・女) _____歳 職業_____ 存命 ・ 死亡 没_____年 享年_____歳 病死・自死・その他	
子(男・女) _____歳 職業_____ 存命 ・ 死亡 没_____年 享年_____歳 病死・自死・その他	
子(男・女) _____歳 職業_____ 存命 ・ 死亡 没_____年 享年_____歳 病死・自死・その他	
※祖母など、上記以外で大事な方がいらっしゃる場合、追記下さい。	
血縁関係にある方が心療内科・精神科に通院・入院していたことがありますか？	
なし・あり	
通院・入院していた方は？ (父・母・兄・姉・弟・妹・子・祖父・祖母・おじ・おば・その他)	
おわकारの範囲で詳細をご記入ください。( )	

ご記入ありがとうございました。問診票を受付に提出後、しばらくお待ちください。