

<問診票>

年 月 日

ID()

診察を開始させて頂く前に、お手数ですが下記の項目へ御記入頂ければありがたいです。
分かりにくい内容は、記載せず空白のままで結構です。

ふりがな	性別	生年月日 大正・昭和・平成	年齢
氏名	男・女	年 月 日	歳
住所 〒	—	市 区	
	都 道	市 区	
	府 県	郡 町	
自宅電話 ()	携帯電話 ()		

【現在のおかげんについてお聞きします】

①現在、困っていること、相談したい内容についてご記入ください。

.....
.....
.....

②いつ頃から調子が悪くなりましたか？ : 年 月頃から

③思い当たる原因やストレスはありますか？

ない・ある()

④精神科・心療内科に受診や入院をされた事がありますか？ ない ある

ある方は、通院(入院)期間と、通院(入院)されたクリニック(病院)名をご記入下さい

期間	通院	入院	医療機関名
【 年 月 日 ~ 年 月 日】			
【 年 月 日 ~ 年 月 日】			
【 年 月 日 ~ 年 月 日】			

(記入しきれない方は下記に御記載下さい)

.....
.....

⑤本日、紹介状はお持ちですか？ いいえ はい

⑥本日、お薬手帳はお持ちですか？ いいえ はい

⑦現在、睡眠薬や安定剤(抗不安薬)などの薬を服用していますか？ いいえ はい

・内服されている方は内容が分かればご記入ください(お薬手帳をお持ちの際は不要です)

()

【生まれてから現在までの生活についてお聞きします】

①生まれた時に早産、低体重などの問題がありましたか？

ない ・ 不明 ・ ある()

②幼児検診(1歳半、3歳)で何か指摘を受けたことがありますか？

ない ・ 不明 ・ ある()

③小さい頃、「落ち着きがない」、「忘れ物が多い」、「順番が待てない」ことが多かったですか？ ない ・ 不明 ・ ある

④ 最終学歴に関してご記載ください

中学校 高校 専門学校 短期大学 大学 大学院

⇒ 中退 在学中 卒業

⑤学生の時に、こころの不調で不登校などになったことがありますか？

ない ・ ある(いつ:)

⑥お仕事に関してご記載下さい(例:18歳～20歳 スーパーのレジ担当、21歳～現在 会社員、など具体的に記載頂けるとありがたいです)

.....
.....
.....

【お体のご病気についてお聞きします】

①現在、お体の病気がありますか？

ない ・ ある(診断: 通院先:)

内服されている方は内容が分かればご記入ください(お薬手帳をお持ちの際は不要です)
()

②今までに入院や、手術などの大きな病気をされたことがありますか？

ない ・ ある(診断: 時期: 病院:)

③今までに糖尿病(またはその傾向)と言われたことがありますか？

ない ・ ある(いつ:)

④緑内障と言われたことはありますか？

ない ・ ある(いつ:)

⑤お薬や注射、食べ物でアレルギーや重い副作用が出現したことがありますか？

ない ・ ある(何で:)

【女性の方へお聞きします】

(1)現在、妊娠していますか？ ・ していない ・ 可能性あり している

(2)月経は順調ですか？ ・ はい ・ いいえ ・ 閉経した

(3)現在、授乳していますか？ ・ いいえ ・ はい

【嗜好品等についてお聞きします】

①アルコールを飲む習慣はありますか？

ない・ある(毎日・時々・機会があれば)

毎日飲まれる方:お酒の種類()、1日に飲む量()、何歳から()

②コーヒー、紅茶など、カフェインを含む飲み物を飲む習慣はありますか？

ない・ある(何を: 1日量:)

③タバコを吸う習慣はありますか？ ない・ある(1日 本)

④覚せい剤、大麻、麻薬など脱法薬物などを使用したことがありますか？

ない・ある(何を: いつ頃:)

【ご家族についてお聞きします】

① 兄弟姉妹 なし あり(【 】人兄弟(姉妹)の上から【 】番目)

②ご両親 [お父様()歳、死去()] [お母様()歳、死去()]

ご両親の離婚歴 あり なし

③ ご自身の結婚 未婚 既婚()歳 離婚()歳 再婚()歳

④ 子供 なし あり(例 長男 6 歳、次男 2 歳:)

⑤ 現在同居している方 なし あり(例 父、妻、長男:)

⑥ご家族(血縁の方)に、心療内科や精神科にかかった方、あるいは自殺された方はいらっしゃいますか？

いない・いる(どなた: 診断:)

【本日はどなたと来院されましたか】 お一人で、御家族()、その他()

【問診票を記入された方】 御本人、御家族()、その他()

【当院をどのようにして知りましたか】

ホームページ 駅の看板 医院の看板(通りすがり)

他のクリニック・病院等からの紹介()

知人の紹介(当院の患者様・患者様の御家族・職員・その他)

その他:()

【自立支援制度を他の医療機関でご利用中ですか】 はい いいえ

【その他に、診察前に伝えておきたいことなど自由にご記載下さい】

.....

ご協力ありがとうございました。

申し訳ございませんが、診察までもうしばらくお待ちください。