

## 問診票(初めての方へ)

受診日： 年 月 日

フリガナ：

生年月日： 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

性別： 男性・女性 \_\_\_\_\_ 歳

〒： -

住所：

日中連絡可能な電話番号：

※付き添いの方がいらっしゃる場合は、ご家族様の連絡先の記入もお願い致します。

ご家族の電話番号（続柄）：

問診票は診察に役立つものです。頂いた個人情報は診療にのみ使用致します。

可能な範囲でご記入ください。

1. 一番お困りのこと、治したい症状やご相談したいことを教えてください。

( )

2. その症状はいつ頃からですか。(例：1か月前から、職場が変わってから)

( )

3. 今まで心療内科や精神科に通院したことはありますか？

ない・ある (下記にご記入ください)

( 年 月～ 年 月 医療機関名： )

( 年 月～ 年 月 医療機関名： )

4. 内服されているお薬がありましたら教えてください。(市販薬も含めてお書きください)

( )

5. 生い立ちと既往症について当てはまるものに○をつけてください。

出生時 未熟児・発達の遅れ・けいれん・その他( )

学童期 不登校・虐めにあった・大きなけが・その他( )

内科疾患 緑内障・前立腺肥大症・糖尿病・高血圧・脳梗塞・心臓病・がん・気管支喘息・便秘症・  
その他( )

精神疾患 うつ病・躁うつ病・パニック症・社交不安症・統合失調症・強迫性障害・発達障害・  
認知症・その他( )

5. アレルギーはありますか？ (あり・なし)

→ある場合 (薬剤名： 食品名： )

6. お酒 (飲まない・たまに飲む・よく飲む・毎日飲む)

7. タバコ (吸う ⇒1日 本くらい・吸わない)

8. ご職業について当てはまるものを○で囲んでください。

会社員 (勤続中・休職中・退職)・自営業・パート・学生・その他( )

9. 家族構成を教えてください(例：父、母、妹と一緒に住んでいる)

[ ]

治療にあたり、あなたを一番支えてくれる人はどなたですか？

[ ]

10. 女性の方にお尋ねします。

- ・妊娠されていますか？ はい (        ヲ月)    妊娠の可能性 (    あり・なし )
- ・現在授乳中ですか？ (    はい・いいえ )

11. 最近の体調について、当てはまるものにチェックをつけてください。

睡眠：	<input type="checkbox"/> 寝付けない	<input type="checkbox"/> 途中で目が覚める	<input type="checkbox"/> 朝早く目が覚めてそのまま眠れない			
食欲：	<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 食欲がありすぎる	<input type="checkbox"/> 体重が減った	<input type="checkbox"/> 体重が増えた		
気分：	<input type="checkbox"/> 気分が落ち込む	<input type="checkbox"/> 集中力が低下している	<input type="checkbox"/> 趣味が楽しめない	<input type="checkbox"/> 死にたいと思う時がある		
	<input type="checkbox"/> 不安でたまらない	<input type="checkbox"/> 何度も確認しないと落ち着かない	<input type="checkbox"/> 人前での緊張が強い			
	<input type="checkbox"/> 電車やバスに乗れない	<input type="checkbox"/> ささいなことで過去の嫌なことが急に思い出される				
	<input type="checkbox"/> イライラがひどい	<input type="checkbox"/> いろいろな考えが頭に浮かぶ	<input type="checkbox"/> お金の無駄遣いを指摘される			
その他：	<input type="checkbox"/> 誰かに見られている・話を聞かれている感じがする					
	<input type="checkbox"/> 自分の考えが知られてしまう	<input type="checkbox"/> 耳鳴りがする	<input type="checkbox"/> いないはずの人の声や物音が聞こえる			
	<input type="checkbox"/> 自分には見えているのに周囲の人には見えないと否定されてしまう					
	<input type="checkbox"/> 空気を読むのが苦手	<input type="checkbox"/> 臨機応変な対応が苦手				
	<input type="checkbox"/> 人が話している最中につい口を挟んでしまう	<input type="checkbox"/> うっかりミスが多い				
身体：	<input type="checkbox"/> 喉のつまり感	<input type="checkbox"/> 体の痛み	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> めまい・ふらつき	
	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> はき気	<input type="checkbox"/> 発熱・倦怠感	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 動悸

12. その他、何かお困りのことや、医師に聞きたいこと、治療についてご希望などがありましたら、ご記入ください。

[ ]

13. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

- 1 知人の紹介
- 2 他医療機関からの紹介
- 3 ホームページ
- 4 電柱広告
- 5 新聞広告の折り込みチラシ
- 6 その他

※体調やご相談内容によって診察の順番が変わることがあります。あらかじめご了承ください。

何かお気づきの点がございましたらスタッフへお気軽にお申し出ください。

※お預かり頂いた保険証はお帰りの際にお返し致します。