

問診表

R 年 月 日

(ふりがな)

(名前)

(生年月日) T ・ S ・ H ・ R 年 月 日

〒

(住所)

(電話番号)

※ご自宅の場合:こちらからご連絡するときクリニック名を名乗っても良いですか? (はい ・ いいえ)

■ご相談の内容について教えてください。

①

②

③

■上記の問題はいつ頃からありましたか?

■これまでに精神科、心療内科で治療を受けたことはありますか? (はい ・ いいえ)

医療機関名 () 時期 ()

■今までに大きな病気やけがをされたことがありますか? (ある ・ ない)

病名 () 時期 ()

■現在治療中の病気はありますか?

糖尿病・心臓病・緑内障・前立腺肥大・高血圧・その他 ()

医療機関名 ()

■現在服用中の薬はありますか? (ある ・ ない)

※おくすり手帳をお持ちの方は受付までお申し出ください。

裏面に続く



■薬や食べ物でアレルギーが起こったことはありますか？（ある ・ ない）

「ある」の場合は内容を教えてください。（ ）

■あなたの生活状況について教えてください。

1) 現在のご職業、学生の方は学年を教えてください。（ ）

2) ご家族やご親族、同居している方の中に精神科、心療内科で治療を受けたことのある方はおられますか？
（ いる ・ いない ）

■あなたの生活習慣について教えてください

1) お酒を飲むことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

「はい」の場合、お酒の種類や量、飲む頻度を教えてください。

種類（ ） 量（ ） 頻度（ 毎日 ・ 週日 ）

2) たばこを吸うことがありますか？（はい・いいえ）

「はい」の場合 1日 本（ 歳ごろから）

3) 車の運転をすることがありますか？（ はい ・ いいえ ）

■治療に関してご希望や心配なことなど、あらかじめ伝えておきたいことがありましたらご記入ください。
例) 薬はできるだけ飲みたくない、診断書がほしい、など

※女性のみお答えください

■現在妊娠している。又は妊娠の可能性がある。（ いいえ ・ はい(週目))

■現在授乳中。（ いいえ ・ はい ）

■問診表を記入された方（ご本人・ご本人以外 [お名前・続柄]）

■当院を知ったきっかけ（ホームページ・看板・その他 []）