

問診票

記入日： 年 月 日 記入者：本人・（その他： ）

（ふりがな）

（お名前）

（生年月日） 大正・昭和・平成 年 月 日 歳

〒
（住所）

（電話番号） - - （緊急連絡先） - - （続柄）

■本日のご相談の内容について教えてください

■上記の問題はいつごろからありましたか？

年 月ごろ（または 歳ごろから）

■症状が起こるきっかけ（原因）と思われるようなものがありましたら教えてください

■あなたが希望していることを教えてください

☐診断、評価、書類 ☐家族相談 ☐薬物療法 ☐カウンセリング ☐その他（ ）

■書類を必要とする方は教えてください

☐休職、休学 ☐傷病手当金 ☐自立支援医療 ☐その他（ ）

■定期的に血液検査を受けていますか？

☐いいえ ☐はい（一番最近は 年 月ごろ）

◎ 診察の際に参考にさせていただくため、以下の質問について可能な範囲で教えてください

■あなたのご家族について教えてください

・あなたの婚姻歴について教えてください

☐未婚 ☐既婚 ☐離婚、死別 ☐その他（ ）

・現在同居している人はどなたでしょうか？（ ）

・ご家族や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いらっしゃいますか？

☐いない ☐いる（誰が ）（病名 ）



問診票

■あなたの生活状況について教えてください

・あなたの最終学歴について教えてください
() 学校 卒業・中退

・あなたの現在の職業について教えてください
☐無職 ☐在職中(職種)

・これまでに転職したことがありますか？
☐いいえ ☐はい(合計で 回)

■あなたの健康状況について教えてください

・現在服用中のお薬はありますか？
☐ない ☐ある(※おくすり手帳をお持ちの方は受付へご提示ください)

・今までに薬や食べ物でアレルギーが起こったことはありますか？
☐ない ☐ある(薬品名または食品名)

・これまでに精神科や心療内科、メンタルクリニックで治療を受けたことがあれば教えてください
☐ない ☐ある(下記に記入してください)

病名	医療機関名	時期
		年から 年
		年から 年
		年から 年

・これまでに内科や外科などの病院やクリニックで病気やけがの治療を受けたことがあれば教えてください
☐ない ☐ある(下記に記入してください)

病名	時期
	年から 年・現在
	年から 年・現在
	年から 年・現在



問診票

■福祉手帳をお持ちですか？

☐ない ☐ある（療育・精神保健・身体障害者 手帳）／（ ）（ ）級）

■障害年金を受給していますか？

☐ない ☐ある（ ）級）

■女性の方のみお答えください

・現在妊娠または妊娠の可能性がありますか？

☐ない ☐ある(妊娠 週目)

・現在授乳中ですか？

☐いいえ ☐授乳中

■あなたの生活習慣について教えてください

・お酒を飲むことがありますか？

☐ない ☐ある（週に 日）（種類・量 ）（ ）歳から）

・たばこを吸うことがありますか？

☐ない ☐ある（1日 本）（ ）歳から）

・車の運転をすることがありますか？

☐ない ☐ある

■当院を知ったきっかけを教えてください

☐ホームページ ☐医療機関の紹介 ☐知人・友人の紹介 ☐その他（ ）

■当日の交通手段について教えてください

☐車 ☐公共交通機関 ☐徒歩 ☐その他（ ）

