

問 診 票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

患者様氏名： _____ 年齢 _____ 歳 (男・女) 日中の連絡先： _____

〒

ご住所： _____

① 現在、お困りの症状について、具体的にお聞かせ下さい。

[_____]

② それは、いつ頃からですか？

昭和・平成・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃から (または _____ 歳頃から)

③ これまでに、心療内科・精神科を受診した事がありますか？ (無・有)

(有の場合) 具体的にお聞かせ下さい。

[_____]

④ 血縁者で、心療内科・精神科を受診した事のある方はいらっしゃいますか？ (無・有)

(有の場合) 具体的にお聞かせ下さい。

[_____]

⑤ 現在、治療中の病気や怪我はありますか？ (無・有)

(有の場合) 具体的にお聞かせ下さい。

[_____]

⑥ 過去に、大きな病気や怪我をした事がありますか？ (無・有)

(有の場合) 具体的にお聞かせ下さい。

[_____]

⑦ 嗜好について、お聞かせ下さい。

(お酒) 飲まない・時々飲む・ほぼ毎日飲む

何を、どのくらい飲みますか？ (_____)

(たばこ) 吸わない・吸う

何歳頃からですか？ (_____ 歳) 1日何本くらい吸いますか？ (_____ 本)

⑧ 薬や食べ物などでアレルギー症状を起こした事がありますか？（無・有）

（有の場合）具体的にお聞かせ下さい。

[]

⑨ 現在、服用しているお薬はありますか？（無・有）

（有の場合）具体的にお聞かせ下さい。

[]

⑩ 差し支えなければ、最終学歴と職歴・現在の職業をお聞かせ下さい。

最終学歴（中学・高校・専門学校・短大・大学・その他）

職歴・現在の職業

[]

⑪ 同居されている家族の構成をお聞かせ下さい。

[]

⑫ 女性の方にお聞きします。

妊娠の可能性はありますか？（無・有）

授乳中ですか？（無・有）

生理はいかがですか？（順・不順）

⑬ 活用している社会資源についてお聞かせ下さい。

自立支援医療（無・有）

精神保健福祉手帳（無・有（級））

その他 手帳（無・有（手帳））

障害年金（無・有（級））

介護保険（無・有（要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2））

その他、福祉サービス（無・有（ ））

⑭ 何をきっかけにして来院されましたか？

1：ホームページ（スマートフォン）、2：ホームページ（パソコン）

3：駅看板、4：電柱看板、5：クリニックの壁看板・窓サイン

6：チラシ、7：知人や家族に聞いて、8：その他（ ）

⑮ その他、気になることがあれば何でもお書き下さい。

[]

ご協力ありがとうございました。