

問 診 票

20 年 月 日

| | |
|------|----------------------|
| ふりがな | |
| お名前 | (男 ・ 女) |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 () 才 |
| ご住所 | 〒 |

1. どのように当院のことをお知りになりましたか

インターネット・チラシ・近いので・知人に聞いて・看板・その他

2. 事務手続きや検査結果の報告などで連絡する必要がある場合の連絡先

| 連絡先 | 電話番号 | 病院名を | |
|-----|------|-------|----------|
| | | 出してよい | 出さないでほしい |
| 自宅 | | | |
| 携帯 | | | |

3. 以下についてお答えください

- 睡眠 (十分とれている・十分とれていない・眠り過ぎてしまう)
- 食欲 (ある・ない)
- 便秘 (問題ない・下痢・便秘・便秘や下痢を繰り返す)
- 性欲 (変化はない・減った・増えた)
- 不安 (ない・時々ある・しばしばあり生活に支障がある)
- ゆううつな気分 (ない・時々ある・しばしばあり生活に支障がある)
- いらいら (ない・時々ある・しばしばあり生活に支障がある)
- 死にたい気持ち (ない・時々ある・しばしばあり生活に支障がある)

女性の方は

- 月経 (規則的・不規則・閉経)
- 妊娠の可能性 (あり・なし)
- 授乳 (あり・なし)

4. 来院の理由をお書きください (一番困っていること、一番つらいこと、希望していること など)

(いつごろから)
(どのようなこと)
(きっかけ・人間関係や環境変化)

※ 裏面の記載もお願いします。

5. 4で記入された症状で今までに治療を受けたことがありますか（いつごろ、どこで、どのような）

いつごろ（ _____ 年 _____ 頃）

どこで（病院名）

どのような治療を受けましたか（薬の服用・カウンセリング・その他）

6. 現在治療中の病気はありますか

はい（下に詳しくお書きください）・いいえ

過去に身体面の病気をしたことはありますか

はい（下に詳しくお書きください）・いいえ

以下の病気と診断されたり、治療を受けたことはありますか

| | | |
|--------|----------------------|--------------|
| 高血圧 | あり・治療中（薬： _____ ）・なし | 現在・過去の病気について |
| 糖尿病 | あり・治療中（薬： _____ ）・なし | |
| 緑内障 | あり・治療中（薬： _____ ）・なし | |
| 心臓病 | あり・治療中（薬： _____ ）・なし | |
| 不整脈 | あり・治療中（薬： _____ ）・なし | |
| 前立腺肥大症 | あり・治療中（薬： _____ ）・なし | |
| がん | あり・治療中（薬： _____ ）・なし | |
| 入院歴 | あり（ _____ ）・なし | |
| 手術歴 | あり（ _____ ）・なし | |

7. 現在内服中の薬・サプリメント・使用中の外用薬はありますか

薬手帳または薬剤情報提供書 あり・なし

8. 今までに薬剤の副作用を経験したことはありますか

薬剤・食物・その他アレルギーはありますか

9. アルコール飲みますか はい 頻度（ _____ 日/週） 量（ _____ ）・いいえ

10. タバコを吸いますか はい・禁煙した 量（ _____ 本/日） 年数（ _____ ）・いいえ

11. シンナー・大麻・麻薬・覚せい剤・エクスタシー（MDMA）などの使用経験はありますか
ある（ _____ ）を使用したことがある）・ない

12. どこで生まれ育ち、どんな学校へ行き、どんな仕事につきましたか

出生地 _____ 主な生育地 _____

最終学歴 _____ 卒・中退

これまでどんな仕事に何か月、何年くらい勤めましたか。順を追って書いてください

※多い方は、ここ数年間の仕事に関して書いてください

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

13. 本来の性格はどうでしたか。あてはまるものすべてに○を付けてください。

一人であることを好む・社交的・おとなしい・活動的・無口・おしゃべり・気が短い・がまん強い
こまかい・几帳面・こり性・がんこ・まじめ・大ざっぱ・いいかげん・気が小さい・心配性・楽天的
おせっかい・わがまま・見栄っ張り・喜怒哀楽が激しい・負けず嫌い・大げさ・暗示にかかりやすい
空想にふけりやすい・決断力に欠ける

14. ご家族について教えてください

| 家族 | 年齢 | 職業（学年） | |
|-------|----|--------|-----------------------|
| 父 | 歳 | | 健康・病気・死亡（原因） |
| 母 | 歳 | | 健康・病気・死亡（原因） |
| 兄弟/姉妹 | 歳 | | 健康・病気・死亡（原因） |
| 夫/妻 | 歳 | | 初婚・再婚 健康・病気・死亡（原因） |
| 子：第1子 | 歳 | | 男・女 健康・病気・死亡（原因） |
| 子：第2子 | 歳 | | 男・女 健康・病気・死亡（原因） |
| 子：第3子 | 歳 | | 男・女 健康・病気・死亡（原因） |

● 血縁関係にある方で、心療内科や精神科にかかれた方はいますか？

いる（ ） ・ いない ・ 知らない

15. その他に事前に伝えておきたいことはありますか