

# 問診票

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 生まれ
お名前				

① 今日はどうのご相談ですか？ また、今日は一緒に来院している方はいますか？（はい・いいえ）

② 具体的な症状としてどのようなものがありますか？

③ いつ頃から悩み・症状が始まりましたか？

④ 病気のきっかけと思われることはありますか？

⑤ このことでどこかに相談・通院などをしたことはありますか？（はい・いいえ）

どこで(医療機関など)

また、他で心療内科・精神科にかかられたことはありますか？（はい・いいえ）

(医療機関名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_)

⑥ 今までにかかったことのある病気や持病について。（ある・特にない）

甲状腺疾患	前立腺疾患	緑内障	パーキンソン病	てんかん	重症筋無力症		
高血圧	糖尿病	高脂血症	胃炎・潰瘍	喘息	脳卒中	心臓病	肝臓病
腎臓病	婦人疾患	貧血	結核	子宮筋腫	癌	外傷	虫垂炎
その他(				)			

⑦ 現在、何か飲んでいる薬はありますか？（ある・特にない）

薬の名前

⑧ 今までに薬や食べ物で異常な反応(アレルギー)が出たことはありますか？（はい・いいえ）

薬や食べ物の名前

⑨ 嗜好について

【アルコール】	飲まない		【タバコ】	吸わない		【コーヒー】	飲まない
	禁酒した	約 年前		禁煙した	約 年前		飲む
	ほぼ毎日飲む			吸う	本/日		1日 杯
	ときどき飲む						
	付き合い程度	・日本酒 合/日		・ビール 本/日		・ウイスキー 杯/日	

⑩ ご家族および血縁の方で、心療内科・精神科にかかられた方はいらっしゃいますか？（はい・いいえ）

⑪ クリニックに相談することを、ご家族はご存知ですか？（はい・いいえ）

⑫ 女性の方のみ記入して下さい。

月経は？ 順 不順 閉経（ 歳）

最終月経は？ 月 日

現在妊娠あるいは、その可能性がありますか？（はい（ ヶ月）・いいえ・わからない）

現在授乳中ですか？（はい・いいえ）