

No.

初診問診票

* 以下の問診票は診察の重要な参考となります。お手数ですが、分かる範囲・書ける範囲で構いませんので、ご記入ください。

* ご不明な点は受付・看護師にお気軽にお尋ねください。後ほど詳しいお話をお伺いしますので、簡単なご記入で構いません。

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	男・女	生年月日	
			大正 昭和 平成 令和	年 月 日
住所	〒		血液型	
電話番号	(自宅・会社・携帯電話)			

本日、お付き添いの方はいらっしゃいますか？

いいえ

はい ご本人とのご関係： _____

1. 本日はどのようなことで相談にいらっしゃいましたか？
いくつでも構いませんので、□にレ点(チェックマーク)をしてください。

- 不眠 不安 緊張 憂うつ 意欲低下 集中力低下
 物忘れ 家族の悩み 職場の悩み 学校の悩み 更年期障害 対人恐怖
 パニック その他(_____)

2. その症状はいつ頃から続いていますか？

_____年 _____月から

詳しく教えてください。

3. 現在の健康状態について、教えてください。(分かる範囲で結構です)

食欲 あり 普通 なし

便通 _____日に _____回くらい

硬い 普通 軟らかい 下痢 血便

今までにかかったことにある大きな病気・怪我を教えてください。(分かる範囲で結構です)

食べ物やお薬のアレルギーはありますか？

ない

ある _____

現在、常用しているお薬はありますか？

4. 睡眠について教えてください。

- よい 悪い
 寝付きが悪い 途中で目が覚める 朝早く目が覚める 熟睡感がない

5. 女性の方のみ教えてください。

- 初経 _____ 歳 閉経 _____ 歳
 最終月経 _____ 月 _____ 日頃 月経周期 _____ 日 順調 不順
 妊娠 いいえ はい (妊娠 _____ ヶ月) 授乳 いいえ はい

6. 嗜好品について教えてください。

- タバコ 吸わない
 アルコール 飲まない
 飲む 1日 _____ くらい

7. あなたの出身・家族構成について教えてください。

- ① 出生地: _____
 ② 現在結婚している していない
 している _____ 回目
 ③ 子どもがいる いない
 いる _____ 人
 ④ 現在一緒に住んでいる人を教えてください。

 ⑤ 最終学歴 学校名 _____ 在学中 中退 卒業

⑥ 現在の職業 _____

⑦ 血縁者の中に、精神科/心療内科にかかったことのある方はいますか？
 いない 知らない いる _____

今までに心療内科・精神科を受診したことがありますか？
 ない
 ある

受診時期	医療機関名	担当医

8. 最後に、来院のきっかけを教えてください。

- タウンページを見て ホームページ・インターネットを見て 看板
 家族、友人、知人から聞いて その他 _____
 他の医療機関からの紹介

(紹介者名: _____)

ご協力ありがとうございました。ご記入後、受付へお渡し下さい。順番が来たら呼びいたしますのでお待ち下さい。