

問診表（はじめての方に）

年 月 日

この問診票は診療に必要な情報です。表、裏 両方にお答えください。

診 察 す る 人	現住所	〒			-		
	フリガナ				電話番号※		
	氏名				()		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生()	男	女
	職業			身長	cm	体重	kg
保 護 者	住所	〒				続柄	
	氏名					職業	
	緊急連絡先			TEL	()		
記入者 ☐ 本人 ☐ 家族(続柄) ☐ その他() どなたかと一緒にいらっしゃいましたか？ 計()名で来院 : ☐ 本人 ☐ 家族(続柄) ☐ その他() 本日の受診は ☐ 自分からすすんで受診した ☐ 説得されて受診した ☐ 嫌だけど連れてこられた ☐ 受診をすすめたが拒否しており代理できた ☐ 本人には内緒できた ☐ その他()							

※当院からご自宅（携帯）へ電話することがあります

① 今日はどのような理由で受診されましたか。

☐ 診察希望 ☐ 入院希望 (☐本日 ☐それ以外) ☐お薬を出してほしい ☐その他 ()

具体的な症状

② それはいつ頃からですか？

年 月 日頃から

③ きっかけとなった出来事や状況・ストレスがありましたか？

④ このことで、別の精神科や心療内科で診てもらいましたか？

☐いいえ ☐はい→ 昭和・平成 年 月 日 病院・診療所（外来・入院）

⑤ 現在の健康状態を教えてください。

体重 ☐変わらない ☐やせた ☐太った

食欲 ☐あり ☐なし

睡眠 ☐よい ☐わるい (寝つきが悪い 夜間何度も目が覚める 朝早く目が覚める)

便秘 ☐よい ☐便秘 ☐下痢

その他思い当たるものがあればOで囲ってください

立ちくらみ どうき めまい 耳鳴り 頭痛 ゆうつ

不安 何もする気にならない 生きているのがいやだ

皆に迷惑をかけている 誰かに見られている気がする

自分のことがうわさされている 姿が見えないのに話しかける声が聞こえる

⑥ 今までに、大きな病気をされたことはありますか。 (ある・ない)

あると答えた方 (脳・心臓・肺・胃腸・肝臓・腎臓・膀胱・子宮)

その他 ()

⑦ 糖尿病と言われたことがありますか はい・いいえ

⑧ 緑内障と言われたことがありますか はい・いいえ

お薬手帳を持参されていますか? ☐いいえ ☐はい→診察時に見せてください

⑨ 薬のアレルギーはありますか ☐ない ☐ある (薬剤名:)

⑩ 食べ物のアレルギー ☐ない ☐ある (薬剤名:)

⑪ その他アレルギーがあれば記入してください ()

⑫ 喫煙しますか? ☐いいえ ☐はい 1日()本を()年間

⑬ 飲酒はしますか? ☐いいえ ☐はい (週 回 もしくは 月に 回 もしくは 年に 回 程度)

はいと答えた方 お酒の種類 _____、量 _____

⑭ 生まれはどこですか。 _____

⑮ 兄弟姉妹は何人いますか。上から何番目になりますか。 兄弟姉妹 _____ 人、上から _____ 番目

⑯ 最終学歴を記入してください。 (_____ (卒・中退・在学中)

⑰ 結婚はしていますか。未婚 既婚 (恋愛結婚・見合い結婚、 _____ 歳)

(離婚 _____ 歳) ・ (死別 _____ 歳) ・ (再婚 _____ 歳)

⑱ 同居者はいますか ひとり暮らし

同居者あり ()

⑲ ご家族に心療内科や精神科に現在もしくは過去にかかったことがある方はいますか。

いない いる (どなたが: _____ どのような病気で _____)

⑳ 女性の方にお伺いします。

現在妊娠またはその可能性がありますか。

はい (_____ ケ月) いいえ わからない

現在授乳中ですか。 はい・いいえ

㉑ その他、何か希望があればお書き下さい。

㉒ 当院がマイナ保険証によりあなたの診療情報(健診歴、服薬情報等)を取得することに同意しましたか?

はい・いいえ

ありがとうございました。

お呼びするまで、待合室でお待ちください。

初めての方は診察に時間がかかる場合があるため、診察の順番が若干変わることがありますので御了承下さい。

この問診表は、個人情報にあたっては診察・治療以外には利用いたしません。

七 尾 松 原 病 院