

# 問診票

記入日 年 月 日

記入者

ふりがな

お名前： 男・女

生年月日：M・T・S・H 年 月 日 年齢 歳

ご住所：〒 ー

電話番号： 携帯電話番号：  
(ご連絡しても良い番号をお書き下さい)

以下は、差し支えのない範囲でお書き下さい。

\* 今日、相談されたいことを教えてください

\* 今日までの経緯を簡単に教えてください（いつ頃から、どんな変化が出てきたかなど）

\* 自分の状態をインターネットや本などで調べられた方で、気になる診断名や治療法があった方は教えてください

\* 既往歴はありますか？

ない  ある 病名（ ）

\* 現在治療中の病気はありますか？

ない  ある 病名（ ）  
内服薬名（ ）

\* アレルギーはありますか？

ない  ある 内服薬・貼り薬・アルコール綿・食べ物・その他（ ）

\* 現在の状態に当てはまるものに丸をつけて下さい。（複数可）

1. 睡眠：よく眠れる・寝つきが悪い・途中で目がさめる・熟睡感がない・朝早く起きる
2. 食欲：食べすぎる・普段通り・食べたくない・その他（ ）
3. 1ヶ月前後の体重：増えた・変わらない・減った・その他（ ）
4. 気分：爽快・普通・落ち込む・イライラ・不安・泣きたくなる・寂しい・悲しい  
落ち着かない・死にたい気持ちになる・その他（ ）
5. 体の不調：頭痛・腹痛・めまい・動悸・その他（ ）

\* 飲酒しますか？

しない する 付き合い程度・毎日  
1日平均（ビール・日本酒・焼酎・洋酒 本・合）

\* 喫煙しますか？

しない 過去に吸っていた（ 年前まで）  
する（一日平均 本を 年間）

\* 現在、妊娠されていますか？

いいえ はい 妊娠 ヶ月（ 週）

\* お薬手帳はお持ちですか？

いいえ はい

\* 相談歴・受診歴

ない

ある 紹介状はお持ちですか？お持ちでない方は覚えている範囲で以下のご記入をお願いします。

時期（ ）

相談した機関（ ） 相談内容（ ）

診断名（ ） 検査（ ）

総合的な説明（ ） 内服薬（ ）

\* 卒業された学校名、職歴を教えてください。

- （ ）小学校、（ ）中学校、（ ）高校、（ ）専門学校や大学
- （ ）→（ ）→（ ）→

\* ご本人を除いた同居されている家族構成について教えてください。

続柄	年齢	職業（学校名・学年）	通院状況や気になること

\* 同居・別居に関わらず、一番相談できるご家族はどなたですか？

その方のお名前・続柄・電話番号を教えてください。

お名前（ ）・続柄（ ）・携帯番号（ ）

\* ご家族以外で今の状況を相談できる方はどなたかいますか？（ ）

\* 当院をどのように知りましたか？選ばれた理由も教えてください。

（ ）

ご記入いただいた情報は、診療以外の目的に使用いたしません。