

問 診 票

この問診票は主治医がご自身についてよりよく理解させていただき、診断、治療の参考にすることを目的としています。ご負担、ご無理のない範囲でご記入をお願いします。また、複数ある項目については当てはまる分だけ○を付けてください。

お名前 (ふりがな) ()	生年月日 年 月 日	年齢 歳	電話番号 — —
住所	記入されている方		受診を希望された方
〒	ご本人、ご家族 () その他 ()	ご本人、ご家族 () その他 ()	

1. 今一番つらい症状、お困りになっている症状、お悩みについてありのままお書きください。

2. 症状、お悩みが始まったのはいつ頃からですか。 (年 月) もしくは () 歳頃

3. 症状、お悩みの原因、きっかけについて思い当たることはありますか。

4. 症状、お悩みについての経過を差支えない範囲でお書きください。

5. 当クリニックへの希望について当てはまる項目に○を付けてください。
 まずは相談したい 診断して欲しい 治療して欲しい 薬を出して欲しい 話を聞いて欲しい
 他院での処方調整して欲しい セカンドオピニオン 検査をして欲しい
 その他 ()

6. 治療に対してお薬を使用することについて当てはまる項目に○を付けてください。
 使用したい 必要なら使用したい 少し抵抗がある 抵抗がある 漢方薬なら使用したい
 →その理由 ()

7. これまで、心療内科、精神科、カウンセリングを受けられたことはありますか。もしくは受けた方がいいと勧められたことはありますか。
 はい いいえ

受けられたことがある場合、どのような治療を受けられましたか。その治療効果はありましたか。もしよろしければ、お分かりになる範囲で治療法、薬剤名をお書きください。

8. ご家族、ご親戚の方で、心療内科、精神科、カウンセリングを受けられた方はおられますか。もしくは受けた方がいいと勧められた方はおられますか。
 はい いいえ はいの場合 (病名:)

9. ご自身の性格はどのような性格と思われますか、また言われますか。

10. 教育・職業について

中学校 高校 専門学校 短期大学 大学 大学院 →中退、在学中、卒業

現在、もしくは過去にしておられた仕事があれば、差支えない範囲でお書きください。

～ 歳 職業：
 ～ 歳 職業：
 ～ 歳 職業：
 ～ 歳 職業：

11. 家族構成とそれぞれの年齢、職業、同居の有無についてお書きください。

12. これまでにかかれた病気について当てはまる項目に○を付けてください。

糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓疾患 肝臓疾患 腎臓疾患 脳疾患 緑内障 前立腺肥大 その他()

また、手術、入院歴があればご記入ください。

病名 () 医療機関 ()
 病名 () 医療機関 ()
 病名 () 医療機関 ()

13. 現在服用中のお薬があれば、その薬剤名と処方を受けている医療機関をお書きください。

薬剤名 () 医療機関 ()
 薬剤名 () 医療機関 ()

14. お薬、食べ物によるアレルギーや副作用歴があればお書きください。

薬剤、食べ物 () 症状 ()
 薬剤、食べ物 () 症状 ()

15. 以下の質問についてお書きください。

○アルコール

ほとんど飲まない 機会があれば飲む 定期的に飲む

飲まれる場合：1日に () を () くらい／飲酒量は減少傾向、変化なし、増加傾向

○タバコ

吸わない 吸う

吸われる場合：1日 () 本を () 年間

○以下について使用したことがあれば○を付けてください。

シンナー 危険ドラッグ 覚せい剤 大麻 LSD MDMA その他 ()

16. その他、お聞きになりたいことや、希望があればお書きください。

17. 当クリニックについてはどのようにしてお知りになりましたか。

ホームページ 新聞やチラシの広告 駅や当ビルの看板 知り合いからの紹介
 医療機関からの紹介 その他 ()

ありがとうございました