

問診日：平成 年 月 日

氏名： _____

問 診 票

1. 本日はどのようなことでご相談においでになりましたか？

2. それらの状況 / 問題の経過をお知らせください
_____年 _____頃から

状態の経過：

3. 直近もしくは現在，他の病院・診療所に受診されている方は，下記にご記入下さい

病院名： _____ 病名： _____

薬の内容： _____

4. 3にかかるとともに，他の病院や，診療所に相談に行かれましたか？

_____ 病院・クリニック 入院・通院
期間： _____ ~ _____

_____ 病院・クリニック 入院・通院
期間： _____ ~ _____

5. 最終学歴/職歴について教えてください

最終学歴： _____ (卒業・中退)

職歴：

6. ご出身の都道府県を教えてください _____ 都・道・府・県

7. ご家族について教えてください

お名前	年齢	続柄	
_____	()	()	(同居 / 別居)
_____	()	()	(同居 / 別居)
_____	()	()	(同居 / 別居)
_____	()	()	(同居 / 別居)

8. ご家族に、心療内科・精神科に受診されたことのある方は、いらっしゃるでしょうか？
いない ・ いる

9. 普段、お飲みになっている薬があれば教えてください

ない ・ ある 薬剤名： _____

10. 食べ物や、お薬の副作用やアレルギーがあれば教えてください

ない ・ ある (食物： _____ お薬： _____)

症状：アトピー性皮膚炎 / じんましん / かぶれ / 喘息 / その他 (_____)

11. 今までに心臓疾患の指摘を受けた事があれば教えてください。

ない ・ ある

心電図検査等で“要精検・要治療”と言われたことがある。

ある ・ ない (病名) _____

12. 過去に入院・手術・大きなケガ等の経験があれば下記にご記入下さい

_____	歳頃	病名： _____	病院名： _____
_____	歳頃	病名： _____	病院名： _____

13. 血液検査についてお伺い致します

前回、血液検査（健康診断の場合を含む）を受けたのはいつ頃ですか？

_____ 年 月頃 / 受けていない

14. 嗜好についてお伺い致します

タバコは吸いますか？ いいえ・はい (1日に _____ 本くらい)

お酒は飲みますか？ いいえ・はい (1日に _____ くらい)

※使用歴のあるものに○を付けてください

シンナー / 覚せい剤 / 大麻 / 脱法ハーブ / その他 _____

15. 女性の方にお尋ねします

・ 現在、妊娠の可能性はありますか はい / いいえ / 不明

・ 現在授乳中ですか はい / いいえ

16. 当院をどの様にお知りになりましたか？

インターネット ・ 看板 ・ 紹介 ・ その他(_____)

16. 診断書発行希望（2回目以降になります）

はい / いいえ

17. カウンセリング希望

はい / いいえ

ご記入ありがとうございました。

いただいた内容は、診療以外に用いることはございません。