

## 問診票

1. 本日はどのような事で、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・診療所に受信されている方は、下記にご記入ください

病院名：

病名：

薬の内容：

4. 3にかかるまでに、他の病院や診療所に相談に行かれたか？

病院名：

入院・通院

期間：

～

病院名：

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・精神科を受診された事のある方は、いらっしゃいますか？

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”と言われた事がある

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. 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○を付けて下さい

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. 当院をどの様にしてお知りになりましたか？

インターネット・看板・紹介・その他（ \_\_\_\_\_ ）

17. 診断書発行希望（2回目以降になります）

はい・いいえ

18. 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。

頂いた内容は、診療以外に用いる事はございません。