

問診票

記載日 年 月 日

ふりがな

お名前 () 性別 男 ・ 女

生年月日 年 月 日 () 歳 電話番号 (- -)

ご住所 〒 -
() 緊急連絡先 続柄 ()
(- -)

今日はどのような交通手段で来院されましたか？

自家用車 電車 徒歩 その他 ()

どのような方法で当院をお知りになりましたか？ (複数選択可)

インターネット 広告 知人 その他 ()

今日はどのような理由で来院されましたか？ (こころの悩み、身体の不調など具体的にお書きください)

()

●いつから () 日前より () 週間ごろより

●症状の程度 軽くなっている 変わらない 悪化している

●その症状が生じるきっかけになる出来事等がありましたか？ → はい いいえ

どのようなことがありましたか？ どのように対処してきましたか？

() ()

●その症状に関して医療機関(病院、クリニック、カウンセリング等)やその他の社会資源(福祉)を利用されていますか？ → はい いいえ

病院名等利用されている内容をお書きください

()

治療についての希望(複数選択可)

診断をはっきり知りたい 症状を取りたい 対人関係を改善したい
 性格を変えたい その他 ()

現在の生活状況について

●職業

- 会社員 (職種:)
- 公務員 (職種:)
- パート・アルバイト (職種:)
- 自営業 (職種:)
- 学生 (学校名:) (学年・学部:)
- 無職
- その他: ()

◆勤務体系

就業時間 (出勤: 時 分 終業: 時 分)

※変則勤務・夜勤等がある場合は、その勤務時間をお書きください。

()

◆勤続年数: ()年()ヶ月

※現在の仕事以前に職歴がある場合は、その仕事内容と勤続年数をお書きください。

()

●家族構成

◆婚姻歴: 独身 既婚 ()年目 離婚 死別

※過去に結婚歴がある場合は、結婚した年齢と結婚年数をお書きください。

()

続柄	年齢	職業	続柄	年齢	職業
父			兄弟		
母					
父方の祖父					
父方の祖母					
母方の祖父					
母方の祖母			姉妹		
配偶者					
パートナー					
子供	性別		その他		

◆現在、一緒に同居されている方の人数: ()人

既往歴・治療歴について

●今までに、入院や手術など大きな病気にかかったことがあればお書きください。

[]

●現在、通院している病気があれば、病名と病院名をお書きください。

[]

●現在、内服している常備薬、頓服薬(頭痛時のみ内服している薬など)、サプリメントなどがあれば、名称と用法(いつ内服しているか)・用量(g、錠数)をお書きください。
※お薬手帳を持参されており、現在内服している薬が記載されている場合は、記入を省略して受付にお出しください。

[]

●今までにアレルギー(薬・食べ物・動植物・アルコール消毒など)を起こしたことはありますか？

いいえ

はい → 名称とアレルギーの症状をお書きください。

[]

●ご家族の中で大きな病気(入院、手術など)をされた方がいる場合は、続柄と病名・手術名をお書きください。

[]

●ご家族の中で、心療内科や精神科の病院に通院や入院された方がいる場合は、続柄と病名をお書きください。

[]

生活歴について

●出生地・生育地（出生時より現在までの居住地）

（ ）都・道・府・県 （ ）市

※出生地と生育地が異なる場合や、引っ越し等で生育地が複数ある場合は、下記に年齢と居住地をお書きください。

〔
●学歴 （ ）小学校 （ ）中学校
（ ）高校 （ ）専門学校
（ ）大学（ ）学部 （ ）大学院

●交友関係 友達が多い（誰とでも仲良くできる） 友達が少ない（特定の友達がいる）
 一人で過ごすことが多い（友達を作ることが苦手な一人を好む）

生活習慣について

●食欲 問題ない 過食傾向 食欲低下 拒食傾向 嘔吐
●睡眠 起床時間（ ）時頃・就寝時間（ ）時頃
睡眠の様子 → ぐっすり眠れている 寝つきが悪い 何度か目が覚める
（複数選択可） 眠りが浅い 夢をよく見る
 朝起きられない 日中に眠気が強い いびきがうるさい
 呼吸が数秒止まっていると言われたことがある
●排便 （ ）回／（ ）日 → 便秘 下痢 その他（ ）
●排尿 （ ）回／日 → 気になる症状（ ）

嗜好品について

●たばこ 吸う → 1日（ ）本（ ）年間
 吸わない
 吸っていた（ ）歳～（ ）歳まで（ ）本／日
●お酒 毎日飲む ※1回の飲酒量
 週に（ ）回 ビール（ ）ml ×（ ）缶
 月に（ ）回 日本酒（ ）合
 飲まない 焼酎（ ）杯
 酎ハイ（ ）杯
 ワイン（ ）杯
 その他（ ）

※女性の方にお伺いいたします。

●現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか？

はい → 妊娠（ ）週 妊娠の可能性ある
 いいえ → 妊娠の予定がある

●初潮（ ）歳、閉経（ ）歳

●月経前症候群はありますか？

はい → 情緒不安定 イライラ 抑うつ 不安 眠気 集中力の低下
（複数選択可） 睡眠障害 のぼせ 食欲不振 過食 めまい 倦怠感
 腹痛 頭痛 腰痛 むくみ お腹の張り 乳房の張り

いいえ