

# 問診票

- ◎ 差し支えない範囲でご記入ください。
- ◎ 書き方が分からない場合は、ご来院の際に受付にお尋ねください。
- ◎ 個人情報ですので大切に保管し、内容が外部へ漏れることはできません。

※記入者:本人・その他( )

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	年令	才
お名前					
電話番号				性別	男・女
現住所	〒 一				

①当院をどこでお知りになりましたか。  人に聞いた・ホームページ・電話帳 看板・その他( )	⑧今つらいこと ※下記よりいくつでも選択してください。  <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 独り言を言う <input type="checkbox"/> 緊張 <input type="checkbox"/> 不眠(寝つけない、夜中に目が覚める、朝早く目が覚める、眠りが浅い) <input type="checkbox"/> 悲しい <input type="checkbox"/> 眠りすぎる <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 朝起きれない <input type="checkbox"/> ゆううつ <input type="checkbox"/> 日中眠い <input type="checkbox"/> 気力がない <input type="checkbox"/> 認知症(物忘れ・ものとられ妄想) <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 死にたい <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> リストカット <input type="checkbox"/> 腹が立つ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 子供に当たる <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 浪費 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> ギャンブルがやめられない <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 忘れ物 <input type="checkbox"/> ケアレスミス <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他( )
②これまでに心療内科・精神科にかかったことがありますか。  <通院> ない・ある(クリニック/病院) <入院> ない・ある(病院)  「ある」場合…その時の病名( )	
③家族構成(一緒に住まいの方)  一人暮らし・夫・妻・父・母・きょうだい(人) 祖父・祖母・子供(人)・孫(人) その他( )	
④職業・職種/学校・学年	
⑤薬物アレルギー  ない・ある(内容: )	
⑥現在飲んでいる薬(わかる場合のみ記入)  ない・ある(内容: )  ※本日お薬手帳を持参しています <いいえ・はい>	
⑦その他(嗜好品)  <たばこ> 吸わない・やめた・吸う(本数: 本/日) <アルコール> 飲まない・やめた・飲む	⑨過去の病気(身体的・精神的)  緑内障・ぜんそく・重症筋無力症・前立腺肥大・不整脈 その他( )
⑩症状が出たのはいつ頃ですか  今年・去年・( )年前の( )月頃	⑪思い当たる理由がありますか  人間関係・仕事・家庭のこと・その他( ) 思い当たることはない
⑫今日相談したいこと	

○症状の経過がお分かりになればお書きください

緊急時連絡先(携帯電話等) :

本日のご来院を家族・知人にお話しされていますか? < はい ・ いいえ >