

問 診 票 (はじめて受診される方へ)

※診療上、生活状況を具体的に把握させていただくことが大切ですので、ご協力をお願いします。

患者ID : _____ 記入年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | | | | | | |
|------------|--|--------|---|-------------|---------|----|---|
| フリガナ | | 性 別 | 男 | 生年 | 大・昭・平・令 | 年 | |
| 氏名 | | | 女 | 月日 | 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 〒 _____ | | | | | | | |
| 電話: _____ | | | | 携帯電話: _____ | | | |

| | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 体 重 | 身 長 | 血 圧 | 脈 拍 | 体 温 |
| kg | cm | / | /分 | ℃ |

1. どのような症状でお困りですか? _____

2. それはいつ頃からですか? _____ 年 _____ 月頃

3. 今まで精神科・心療内科に受診したことはありますか?
 いいえ はい → _____ 年 _____ 月頃
 医療機関名 _____ 担当医 _____

4. 今までからだの病気で治療したことはありますか (入院、手術など)
 いいえ はい → _____ 年 _____ 月頃 (あるいは _____ 歳頃)
 病名は何ですか? _____

5. 現在通院中のからだの病気はありますか?
 いいえ はい → 病名は何ですか? _____

6. 現在常用している薬はありますか?
 いいえ はい → 薬剤名は何ですか? _____

7. お酒は飲まれますか?
 いいえ はい → 頻度 (毎日・週 回・時々) 種類・量 _____

8. たばこは吸われますか?
 いいえ はい → 1日 _____ 本 禁煙した → _____ 年前

※次頁に続きます

- 9 . 違法な薬物を使用したことはありますか？
いいえ はい → 薬剤名は何ですか？ _____
- 10 . 同居している家族はどなたですか？（例：妻35歳、母60歳、など）

- 11 . 兄弟姉妹はあなたを含めて何人いますか？ _____ 人 何番目ですか？ _____ 番目
- 12 . あなたの家族・親戚で精神科・心療内科にかかっている方はいますか？
いいえ はい → それはどなたですか？ _____
病名は何ですか？ _____
- 13 . 出生時に異常を指摘されたことはありますか？（早産、難産など）
いいえ はい → _____
- 14 . 1歳半・3歳健診などで異常を指摘されたことはありますか？
いいえ はい → _____
- 15 . 最終学歴について教えてください。○をつけてください。
→ 中学・高校・専門学校・大学・その他（ _____ ）
→ 中退・在学中・卒業・その他（ _____ ）
- 16 . 職業に就いていますか？ いいえ はい →
これまでの経歴についても教えてください。 _____
会社名 _____ 勤務年数 _____
- 17 . 結婚、挙児についてお答えください。 → 結婚は何回しましたか？ _____
結婚したのは何歳の時ですか？ _____ 子供は何人いますか？ _____
- 18 . 信心している宗教はありますか？ → _____
- 19 . 趣味はありますか？ → _____
- 20 . あなたの性格の特徴をお答えください。（例：外交的、内向的、繊細、大胆、など）

- 21 . 当院を受診したきっかけは何ですか？
他の医療機関からの紹介・知人の紹介・ホームページ
・その他（ _____ ）