



# 問診票

## ＝当院を初めて受診される方へ＝

当院を初めて受診される方には、患者様の現在の状況をしっかり把握し、当院での診療に役立てることを目的としています。できる限り詳細にご記入をお願い致します。また、ご記入いただきました個人情報には診療に関することのみでのご使用させていただきます。

記入日： 年 月 日

ふりがな

受診者氏名：..... 生年月日：S・H・R 年 月 日 歳

記入者：..... (続柄) 同伴者：有・無..... (続柄)

### 1. 今一番困っていること、何か症状はありますか？ 具体的に相談したい内容をご記入ください

該当するものに ✓ (チェック) をしてください

- 身体症状：  頭痛  倦怠感  息苦しい  食欲がない  吐き気  便秘  下痢  
 動悸  めまい  ひきつけ  しびれ  ふるえ  眠れない
- 気分・行動：  イライラする  不安感がある  何もする気がしない  元気が良すぎる  
 気が重い  興奮する  物忘れ  性欲がない  いっそ死んでしまいたい  
 同じことを何度も繰り返す  職場や学校に行きたくない  人が自分を変な目でみる  
 みんながうわさをしている  人柄が変わった  乱暴・間違っ行動をとってしまう  
 いないはずの人の声や物音が聞こえたりする

2. いつ頃からはじまりましたか？ .....年 月頃 または、.....歳頃から

3. きっかけと思われる出来事がありますか？ .....ある・ない.....

あるに○をつけた方は、出来事をご記入下さい

### 4. 元々の性格はどんな性格ですか？ (ご自分の思う場合でも、他人からの評価でも可能です)

- 明るい  暗い  楽天的  悲観的  社交的  非社交的  几帳面  ずぼら  気遣い  
 意思が強い  優柔不断  我慢強い  忍耐力がない  のんびり  せっかち  負けず嫌い  
 集中できる  飽きやすい  わがまま  自信家  自信がない  強気  臆病  
 仕事が好き  責任感が強い  気難しい  その他 ( )

趣味 .....

裏面もあります



5. これまでに心療内科・精神科を受診したことがありますか？ 受診歴： あり ・ なし

症状・病名

- ① ..... 病院 ..... 科 ..... 年 月頃 ~ 年 月頃 入院・通院 .....
- ② ..... 病院 ..... 科 ..... 年 月頃 ~ 年 月頃 入院・通院 .....
- ③ ..... 病院 ..... 科 ..... 年 月頃 ~ 年 月頃 入院・通院 .....

6. これまでに罹ったことのある病気はありますか？ ..... ある ・ ない

- 高血圧  糖尿病  気管支喘息  緑内障  肝臓病  腎臓病  甲状腺疾患  脳梗塞
- がん  心臓病  胃・十二指腸潰瘍  その他 ( )

現在、服薬中のお薬はありますか？ ある ・ ない お薬手帳持参されていますか ある ・ ない

薬剤名 : [ ]

以前に、アレルギー反応を起こしたことはありましたか？ ある ・ ない

内容 : [ ]

7. ご家族（ご親族）で心療内科・精神科を受診された方はいらっしゃいますか？ いる ・ いない

続柄..... 病名..... 通院中 ・ 通院していた

続柄..... 病名..... 通院中 ・ 通院していた

8. 生活史・最終学歴と職歴についてお聞きします

出生地： .....

最終学歴： .....  中学  高校  専門学校  大学  大学院

..... 卒業 ・ 中退 ・ 在学中 ..... 小学校以来の成績： 悪い ・ 普通 ・ 良い .....

職歴（仕事内容） 現在：職種..... 年 月 ~

過去：職種..... 年 月 ~ 年 月

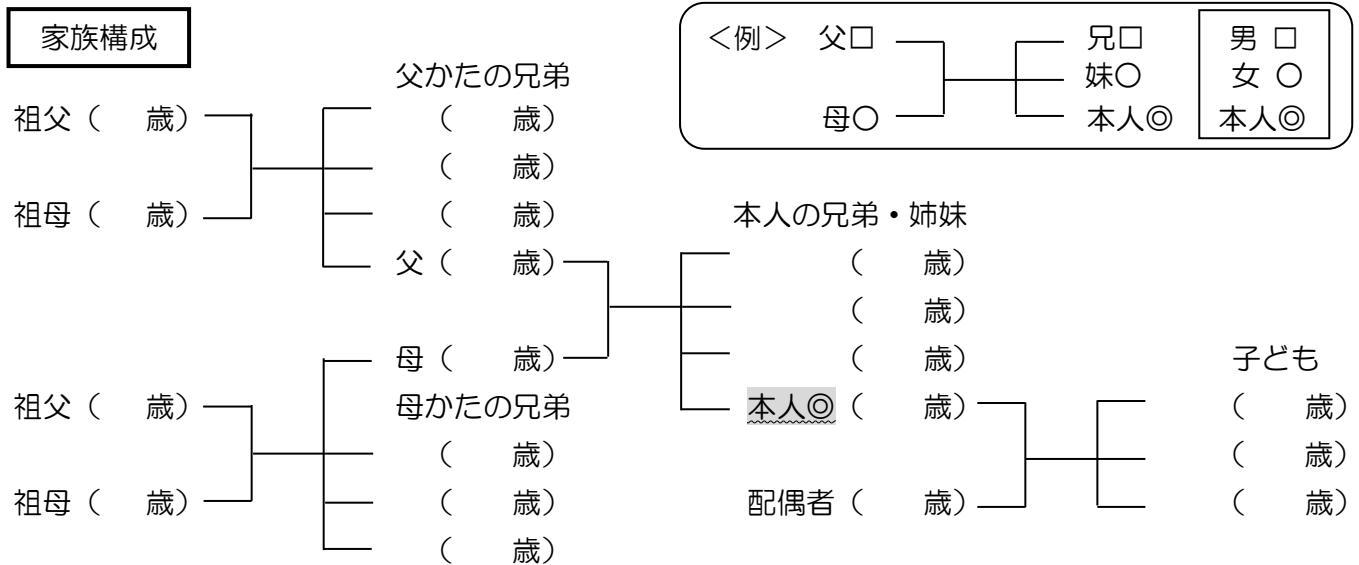
過去：職種..... 年 月 ~ 年 月



### 9. ご本人やご家族の状況についてお聞きします

ご結婚について:未婚 ・ 既婚 結婚した年齢 .....歳..... ・ 離婚歴 ( あり< .....歳> ・ なし )

現在、どなたと生活されていますか?.....



身長 ..... cm 体重 ..... kg < やせた ・ 変わらない ・ 太った >

食事 .....回/日 食欲 あり / なし

お酒 飲まない / 飲む <種類: .....>を1日 ..... ml または .....本/日

たばこ 吸わない / 禁煙している / 吸う 1日 .....本

月経(女性) .....規則的 / 不規則 / 閉経( .....歳) / 妊娠中(妊娠 .....ヶ月)または、可能性がある

月経前に、ひどくイライラする、落ち込むなどの精神症状はありますか? .....はい / いいえ

### 10. その他、ご意見ご要望がございましたらご記入下さい

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

- ◆ 他院からの紹介状はありますか?    なし    あり
- ◆ マイナ保険証の方   病院の診療情報取得に同意されますか?    同意する    同意しない
- ◆ 過去1年間に特定検診か高齢者検診は受診しましたか?    した    していない    不明