

問 診 票

診察券 No. _____

受付年月日: 令和 年 月 日

（ふりがな）		生年月日	M・T・S・H	年	月	日
お名前		年齢		性別	男	女
ご住所	〒	電話番号				
		携帯電話				

必要な場合、クリニックの名前を出してご連絡してかまいませんか？ はい いいえ

● 症状についてお答えください ●

1. 本日はどのようなお悩みで来院されましたか？ （いつ頃からどんな症状が出ているかなどご記入ください）	年 月 日頃から（または 歳頃から）
2. 思い当たるきっかけ	<input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない
3. 当てはまるものがありましたら ○でかこんでください	よく眠れない 疲れやすい 体がだるい やる気がしない 不安が強い 胸がドキドキする 息苦しくなる 頭痛 耳鳴り めまい 吐き気 下痢または便秘 気分が落ち込んでいる 気持ちが焦る 集中力がない よく涙が出る いらいらする 考えがまとまらない 怒りやすい 朝起きるのがつらい 食欲がない 死んでしまいたい 元気が良すぎる 食欲がありすぎる しゃべりすぎる お金を使いすぎる 実際に無いものが見えたり聞こえたりする 物忘れがめだつ
4. 睡眠について	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> その他()
5. 食欲について	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 食べ過ぎる <input type="checkbox"/> その他()
6. 心療内科や精神科を受診したことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある[病院名:] <input type="checkbox"/> ない
7. 睡眠薬、抗不安薬、うつの薬など、心療内科や精神科の薬を服薬したことはありますか？ （内科などでも処方歴あれば）	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※ある場合は下記にわかる範囲でお答えください 服薬したことのある薬名: 副作用が出て合わなかった薬名:
8. 持病や今までにかかった大きな病気、手術歴はありますか？	<input type="checkbox"/> ある[病名:] <input type="checkbox"/> ない 服薬中の薬名: ★おくすり手帳をご提示頂ければ、記入は省略してかまいません

9. 他医療機関の通院の有無	<input type="checkbox"/> あり [医療機関: _____] <input type="checkbox"/> なし
10. 薬の副作用やアレルギーの有無	<input type="checkbox"/> あり (薬名: _____) <input type="checkbox"/> なし
11. 車の運転について	<input type="checkbox"/> 日常的に運転する(仕事など) <input type="checkbox"/> たまに運転する <input type="checkbox"/> しない
12. 女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中(可能性含め) <input type="checkbox"/> 授乳中
13. 嗜好品について	飲酒 <input type="checkbox"/> あり[週 回、1日の量 _____] <input type="checkbox"/> なし 喫煙 <input type="checkbox"/> あり[1日 本] <input type="checkbox"/> なし
● 成育歴・職業歴についてお答えください ●	
ご出身地	
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 → <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 中退
ご職業	→ 転職歴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____ 回)
家族構成	← 同居中の方には○をつけてください(母など)
血縁のご家族、ご親戚に、 精神科通院や精神的なご病気を抱えて いらっしゃる方はいますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある……ご関係[_____] 状態・病名など[_____] ご関係[_____] 状態・病名など[_____]
診療にあたって、何かご希望が ございましたらお書きください	
● 簡単なアンケートをお願いしております。ご協力頂ければ幸いです。 ●	
当院を知ったきっかけに○を お願いします	当院ホームページ 開院チラシ 家族や知人の紹介 通りすがり 他医療機関の紹介 その他(_____)

※ご記入が終わりましたら、受付までお声がけください

※ご記入いただきました個人情報は厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません