

## 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ありません。

※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	年齢	才
お名前					
電話番号				性別	男 ・ 女
現住所	〒 -				

<b>①当院をどこでお知りになりましたか。</b> 人に聞いた ・ ホームページ ・ 電話帳 看板 ・ その他( )	<b>⑧今つらいこと ※下記よりいくつでも選択してください。</b> <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"/> 気力がでない <input type="checkbox"/> 認知症 (物忘れ・ものどられ妄想) <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( )
<b>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。</b> <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 ( )	
<b>③家族構成(一緒にお住まいの方)</b> 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 ( )	
<b>④職業・職種/学校・学年</b>	
<b>⑤薬物アレルギー</b> ない ・ ある (内容: )	
<b>⑥現在飲んでいる薬 (わかる場合のみ記入)</b> 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 >	
<b>⑦その他(嗜好品)</b> <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	<b>⑨過去の病気(身体的・精神的)</b> 緑内障 ・ ぜんそく ・ 重症筋無力症 ・ 前立腺肥大 ・ 不整脈 その他 ( )
<b>⑩症状が出たのはいつ頃ですか</b> 今年 ・ 去年 ・ ( )年前の ( )月頃	<b>⑪思い当たる理由がありますか</b> 人間関係 ・ 仕事 ・ 家庭のこと ・ その他( ) 思い当たることはない
<b>⑫今日相談したいこと</b>	

○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 >