

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	〒 -				

<p>①当院をどこでお知りになりましたか。</p> <p>人に聞いた・ホームページ・電話帳 看板・その他()</p>	<p>⑧今つらいこと ※下記よりいくつでも選択してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 独り言を言う</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 悲しい <input type="checkbox"/> 眠りすぎる</p> <p><input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 朝起きれない</p> <p><input type="checkbox"/> ゆううつ <input type="checkbox"/> 日中眠い</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 過食</p> <p><input type="checkbox"/> 死にたい <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 体重減少</p> <p><input type="checkbox"/> 考えがまとまらない <input type="checkbox"/> 吐き気</p> <p><input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> リストカット</p> <p><input type="checkbox"/> 腹が立つ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳鳴り</p> <p><input type="checkbox"/> 子供に当たる <input type="checkbox"/> 動悸</p> <p><input type="checkbox"/> 浪費 <input type="checkbox"/> 頭痛</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他()</p>
<p>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。</p> <p><通院> ない・ある(クリニック/病院)</p> <p><入院> ない・ある(病院)</p> <p>「ある」場合・・・その時の病名()</p>	<p>③家族構成(一緒にお住まいの方)</p> <p>一人暮らし・夫・妻・父・母・きょうだい(人)</p> <p>祖父・祖母・子供(人)・孫(人)</p> <p>その他()</p>
<p>④職業・職種/学校・学年</p>	<p>⑦過去の病気(身体的・精神的)</p> <p>緑内障・ぜんそく・重症筋無力症・前立腺肥大・不整脈 その他()</p>
<p>⑤薬物アレルギー</p> <p>ない・ある(内容:)</p>	<p>⑩症状が出たのはいつ頃ですか</p> <p>今年・去年・()年前の()月頃</p>
<p>⑥現在飲んでいる薬(わかる場合のみ記入)</p> <p>ない・ある(内容:)</p> <p>※本日お薬手帳を持参しています < いいえ・はい ></p>	<p>⑪思い当たる理由がありますか</p> <p>人間関係・仕事・家庭のこと・その他() 思い当たることはない</p>
<p>⑫今日相談したいこと</p>	

○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 >