

記入年月日： _____年__月__日

ID： _____

問診表 (ふりがな)

【名前】 _____

【性別】 女性・男性・その他

【生年月日】 西暦 _____年__月__日 (_____才)

紹介状 有 無

【住所】 〒 _____ 住所はマンション名まで記載してください
_____ 県・都

【電話番号】 携帯： _____ 自宅： _____

【緊急連絡先】 名前： _____ 関係： _____ 電話番号： _____

【マイナ保険証をお持ちの方】 診療情報取得に同意 します しません

【主な症状と症状が出現した時期】 (例： 1か月前から不安で眠れなくなった)

いつ頃： _____ 症状： _____

【付随する症状に○】 気持ちの落ち込み・不眠・不安・緊張・動悸・呼吸苦・頭痛・肩こり・嘔気・食欲不振
過食・集中困難・イライラ・手足の冷え・決まった行動がやめられない
その他(_____)

≪女性の方≫ 月経前の気分の浮き沈み 妊娠の可能性 有 無

【来院の目的】 (例： 薬で眠れるようになりたい) _____

【来院の意思】 自ら希望 周囲の勧め

【睡眠時間】 (24時間表記) _____時～_____時まで睡眠、途中で起きる回数： _____回、昼寝 (有 無)

【体重減少・増加】 有の場合： _____カ月で _____kg (減少 増加)

【薬物治療の希望】 薬物治療でも良い 治療が遅れてもなるべく避けたい

【最終学歴】 中学校 高校 大学 その他 (_____)

→ 在学中 卒業 中退

【仕事の有無と内容】 有 無 業務内容： _____

【就業日数】 週 _____日 (就業日数の不定の人： 月に _____日)

【月の残業時間】 なし 1-10時間 10-30時間 30-80時間 80時間以上

【家族歴】 親族に心療内科へ通院していた人 有 無

有の場合→あなたとの関係： _____ 疾患： _____

【心療内科・精神科通院歴】 有 無

有→西暦 _____年__月～_____年__月 病院名： _____ 診断： _____

西暦 _____年__月～_____年__月 病院名： _____ 診断： _____

【他科の通院歴】 有 無

有→西暦 _____年__月～_____年__月 病院名： _____ 診断： _____

西暦 _____年__月～_____年__月 病院名： _____ 診断： _____

【現在服用中の薬】 (_____)

【持病に○】 なし・片頭痛・糖尿病・喘息・高血圧・脂質異常症・肝臓病・腎臓病・心臓病・甲状腺機能亢進症・
甲状腺機能低下症・メニエール病・その他 (_____)

【飲酒】 飲まない 機会飲酒 週に2,3回 ほぼ毎日 毎日 → _____を _____ml

【タバコ】 吸わない / 吸う やめた → 1日 _____本を _____年間

【カフェインの摂取】 コーヒー 紅茶 緑茶 を 1日 _____杯程

【アレルギーの出た薬や食品】 無 有： _____で _____の症状が出現した

【取得している制度】 障害年金 (_____級) 精神保健福祉手帳 (_____級)・療育手帳 (等級 _____)・自立支援医療

【特定健診または高齢者健診の受診】 無 有 受診時期： _____ 指摘事項等： _____

【当院を知った理由】 HP 看板 知人の紹介 通りすがり

家族図 (医師記入)