

問診票

本日受診、相談されたい方の氏名、性別、生年月日、住所、電話番号、家族の連絡先をお願いします。

ふりがな 氏名：	性別： 男 ・ 女
生年月日： 大正・昭和・平成・令和 年 月 日	住所： 〒
電話番号：	携帯番号：
家族の連絡先：氏名（ ） 続柄（ ） 連絡先（ ）	

① 何をご覧になって来院されましたか？（複数回答あり）

看板を見て インターネットを見て 折り込み広告を見て 友人に聞いて
家族に聞いて 紹介で（病院名： _____）
その他（ _____）

② 本日は誰と来られましたか？（ _____）

ご自身の意思で来られましたか？ はい いいえ

③ 今までで精神科・心療内科の病院に受診したことはありますか？

なし あり ☞ありの場合は病院名、病名をお願いします。
（病院名： _____）
（病 名： _____）
（自立支援医療の利用： なし あり ・ 福祉手帳の利用： なし あり ）

④ 今までに入院する程度の大きな病気・けがをしたことがありますか？

なし あり ☞ありの場合は病名、治療先の病院名をお願いします。
（病 名： _____）
（病院名： _____）

⑤ 現在、治療している病気はありますか？

なし あり ☞ありの場合は病名、服用している薬剤名を記入してください<例・高血圧 / アバプロ>
または、現在服薬中の薬がわかるもの（おくすり手帳など）のご提示をお願いします。
（病 名： _____）
（薬剤名： _____）

⑥ ご家族で精神科・心療内科に受診したことがある方はいますか？

なし あり ☞ ありの場合は関係、病名をお願いします。＜ 例・叔父 / うつ病 ＞

(関係： _____)

(病名： _____)

⑦ アレルギーはありますか？

なし あり ☞ (病名 _____)

薬剤、食事でのアレルギーはありますか？

なし あり ☞ (薬剤名： _____)

(食品名： _____)

⑧ たばこ、お酒はどれぐらいたしなみますか？

たばこ：なし あり ☞ (1日の本数： _____ 本 年数： _____ 年)

お酒：なし あり ☞ (お酒の種類： _____ 1日量： _____ ml)

⑨ ※女性の方にお伺いします。生理前、生理中に問題はありませんか？生理不順はありませんか？

問題なし 問題・生理不順あり 更年期障害と言われたことがある 閉経した

※※男性の方にお伺いします。性的な問題はありませんか？

問題なし 性欲が落ちた・関心がない 勃起、射精が不十分

⑩ 今回、受診を決めたきっかけとなったことについて教えてください（複数回答あり）

眠れなくて 食べられなくて 気分がすぐれなくて 気力が出なくて

不安・心配が強く 落ち着かなくて 体の症状が気になって 家事が出来なくて

会社・学校に行けなくて イライラしてしまう 情緒が不安定で 周りが気になって

その他（症状、お困りのこと、先生に相談したいことなどを教えてください）

[]

ご協力有難うございました。この問診票は診察のためだけに使用するものであり、記載していただいた個人情報につきましては、ご本人の同意がない限り第三者には提供いたしませんのでご了承下さい。

静波こころの診療所