

問 診 票

記載日 年 月 日

※ ご記入ありがとうございます。現在のあなたの状態を正しく理解するために、以下の質問にご協力ください。不明なところや書きにくいところは空欄のままでも結構です

フリガナ お名前		男・女	生年月日 昭・平・令 年 月 日 (歳)																
住 所	〒 ー		電 話 番 号																
記 載 者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 ⇒ 続柄 () お名前 ()																		
1	今回の受診の目的について当てはまるものに☑を入れてください（複数選択可） <input type="checkbox"/> 診断や助言を希望 <input type="checkbox"/> 投薬による治療を希望 <input type="checkbox"/> 診断書の作成を希望 <input type="checkbox"/> 他院からの紹介・転院希望 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他 ()																		
2	今一番辛いこと、相談したいことはどのようなことですか？ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 緊張する <input type="checkbox"/> 動悸がする <input type="checkbox"/> めまいがする <input type="checkbox"/> 憂うつ <input type="checkbox"/> 意欲がない <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 人に会いたくない <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 悪夢を見る <input type="checkbox"/> 朝早く目覚める <input type="checkbox"/> 朝起きられない <input type="checkbox"/> 声が聞こえる <input type="checkbox"/> 他人の視線や会話が気になる <input type="checkbox"/> 物忘れがある <input type="checkbox"/> その他 ()																		
3	その症状はいつ頃からはじまりましたか？ またきっかけとなる出来事がありましたか？ その症状は () 年 () 月ごろから <input type="checkbox"/> 突然 <input type="checkbox"/> 徐々に 始まった きっかけは ()																		
4	これまでに精神科・心療内科にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">医 療 機 関 名</th> <th style="width:20%;">診 断 名</th> <th colspan="2" style="width:60%;">治 療 期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 (歳)</td> <td>～ 年 月 (歳)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 (歳)</td> <td>～ 年 月 (歳)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 (歳)</td> <td>～ 年 月 (歳)</td> </tr> </tbody> </table>			医 療 機 関 名	診 断 名	治 療 期 間				年 月 (歳)	～ 年 月 (歳)			年 月 (歳)	～ 年 月 (歳)			年 月 (歳)	～ 年 月 (歳)
医 療 機 関 名	診 断 名	治 療 期 間																	
		年 月 (歳)	～ 年 月 (歳)																
		年 月 (歳)	～ 年 月 (歳)																
		年 月 (歳)	～ 年 月 (歳)																
5	これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 脳出血／梗塞 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘 息 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 ()																		
6	お薬や食物でアレルギー症状が出たことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒																		
7	現在服用中のお薬（市販薬なども含む）がありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒																		
8	嗜好品についてお尋ねします お酒を飲みますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 1週に () 日 1日のお酒の量 () たばこを吸いますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 1日に () 本くらい コーヒーを飲みますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 1日に () 杯くらい																		

⇒ 裏に続きます

9	女性の方にお尋ねします 生理は順調ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ <input type="checkbox"/> ピル服用中 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> その他（ ）
10	普段の生活についてお尋ねします 食欲 <input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 減っている <input type="checkbox"/> 増している 半年間の体重変化 <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減っている（ ）k g <input type="checkbox"/> 増えている（ ）k g 睡眠 <input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める <input type="checkbox"/> 朝早く目が覚める <input type="checkbox"/> 朝起きづらい 便秘 <input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> 便秘気味 <input type="checkbox"/> 下痢気味 <input type="checkbox"/> 不規則
11	ご家族についてお尋ねします 両親 父（ <input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 死去） 母（ <input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 死去） 兄弟姉妹 本人は（ ）人中（ ）番目 配偶者 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる こども <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（ ）人 同居家族 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（ ） 血縁者で精神科・心療内科にかかられている方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（ ）
12	ご本人についてお尋ねします 最終学歴 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> その他（ ） 職歴 （ ）（ ）歳 ～ （ ）歳 （ ）（ ）歳 ～ （ ）歳 （ ）（ ）歳 ～ （ ）歳 （ ）（ ）歳 ～ （ ）歳 趣味（ ） 性格 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 大雑把 <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 一途 <input type="checkbox"/> 気まぐれ
13	当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人からの紹介（ ） <input type="checkbox"/> 他院からの紹介（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
14	他に医師に伝えておきたいことや希望があれば自由にお書きください

当院は新情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

・マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ

ご協力ありがとうございました