

問診票

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	生まれ
お名前					

- ① 今日はどうなご相談でいらっしゃいましたか？
- ② 具体的な症状として、どのようなものがありますか？
- ③ いつ頃から悩み・症状が始まりましたか？
- ④ 病気のきっかけと思われることはありますか？
- ⑤ このことでどこかに相談・通院などをしたことはありますか？（はい・いいえ）

どこで(医療機関など)

また、他で心療内科・精神科にかかれたことはありますか？（はい・いいえ）

(医療機関名: _____ 病名: _____)

- ⑥ 今までにかかったことのある病気や持病について。（ある・特にない）
- | | | | | | | | |
|-----|-----|------|------|---------|------|-----|-----|
| 高血圧 | 糖尿病 | 高脂血症 | 胃炎 | 胃十二指腸潰瘍 | アトピー | 花粉症 | 喘息 |
| 脳卒中 | 心臓病 | 肝臓病 | 腎臓病 | 子宮筋腫 貧血 | 痛風 | 結核 | 虫垂炎 |
| 癌 | 外傷 | 緑内障 | その他(| | |) | |
- ⑦ 現在、何か飲んでいる薬はありますか？（ある・特にない）

薬の名前

- ⑧ 今までに薬や食べ物で異常な反応(アレルギー)が出たことはありますか？（はい・いいえ）

薬や食べ物の名前

- ⑨ 嗜好について
- | | | | | | | | |
|---------|--------|------|-------|------|------|--------|------------|
| 【アルコール】 | 飲まない | | 【タバコ】 | 吸わない | | 【コーヒー】 | 飲まない |
| | 禁酒した | 約 年前 | | 禁煙した | 約 年前 | | 飲む |
| | ほぼ毎日飲む | | | 吸う | 本/日 | | 1日 杯 |
| | ときどき飲む | | | | | | |
| | 付き合い程度 | | | | | | |
| | ・日本酒 | 合/日 | | ・ビール | 本/日 | | ・ウイスキー 杯/日 |

- ⑩ ご家族および血縁の方で、心療内科・精神科にかかれた方はいらっしゃいますか？（はい・いいえ）
- ⑪ クリニックに相談することを、ご家族はご存知ですか？（はい・いいえ）
- ⑫ 女性の方のみ記入して下さい。
- 現在妊娠あるいは、その可能性がありますか？（はい（ヶ月）・いいえ・わからない）
- 現在授乳中ですか？（はい・いいえ）