

問診票

ふりがな

氏名 _____

記入者氏名 _____ (続柄)

職業 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg (やせた、変わらない、太った→ ヶ月で kg)

■ 本日は、どのようなことがお困りで受診されましたか？

■ 思い当たる原因やきっかけはありますか？

■ どのような悩みや症状がありますか？あてはまるものをチェックしてください

- 眠れない 食べられない 朝起きられない やる気が出ない 憂うつである 自分を責めてしまう
- 不安である 涙が出る 情緒が不安定 イライラしやすい 落ち着かない 興奮しやすい 死にたくなる
- 頭痛 頭が重い 首・肩がこる 背中痛み 腹痛 腰痛 動悸 めまい 立ちくらみ 耳鳴り
- 疲れやすい からだが怠い 朝起きられない 思考力や集中力が低下した
- その他 (_____)

■ これまでに他の病院やクリニックを受診したことがありますか？

時期				病院・クリニック名		病名・症状	
歳ごろ	年	月～	年	月	(_____)	(_____)	(_____)
歳ごろ	年	月～	年	月	(_____)	(_____)	(_____)
歳ごろ	年	月～	年	月	(_____)	(_____)	(_____)

■これまでに病気や大きなけが、手術をしたことがありますか？

- ある ()
ない

■現在治療中の病気はありますか？

- ある ()
ない

■現在使用しているお薬はありますか（市販薬を含めて）？

- ある ()
ない

■薬や食べ物などでアレルギーや副作用が出たことはありますか？

- ある ()
ない

■食欲はありますか？ ある あまりない ない

■食事の回数は？ 1日 () 回

■間食はしますか？ 毎日する 2～3日に1回する ほとんどしない しない

■寝つきはいいですか？ よい あまりよくない よくない

■途中起きることはありますか？ よくある あまりない ない

■お通じは毎日ありますか？ ある ない () 回/週

■よく便秘になりますか？ はい いいえ

■よく下痢をしますか？ はい いいえ

■お酒は飲みますか？ はい（種類、1日量、頻度（回/週）） いいえ

■タバコは吸いますか？ はい（1日 本） いいえ

■携帯電話やゲームはよく利用しますか？ はい（ 時間/日） いいえ

■運動はしますか？ よくする あまりしない しない

■コロナワクチンを接種したことはありますか？ ある ない

■接種した方にお聞きします。何回接種しましたか？ 回

■コロナワクチンを最後に接種したのはいつですか？ 年 月

■ご家族の構成をお書きください（同居の方には○をしてください）

祖父（ 歳）、祖母（ 歳）、父（ 歳）、母（ 歳）、兄（ 歳）、姉（ 歳）、弟（ 歳）、妹（ 歳）
配偶者（ 歳）、息子（ 歳）、娘（ 歳）

■ご家族の方で、心療内科、精神科で治療されている方、治療されていた方はいらっしゃいますか？

いる（どなた？ 病名 ） いない

■薬についてお聞きします

薬を希望する 必要であれば出してほしい なるべく薬は使いたくない 薬は使いたくない

■心理検査やカウンセリングを希望しますか？ はい いいえ 関心はある

■当院の受診のきっかけは？

ホームページを見て 知人の紹介 他機関からの紹介 学校からの紹介
その他（ ）

■その他、当院へのご要望などがございましたらご記入ください