

No. _____

初診問診票

- * 以下の問診票は診察の重要な参考となります。お手数ですが、分かる範囲・書ける範囲で構いませんので、ご記入ください。
- * ご不明な点は受付・看護師にお気軽にお尋ねください。後ほど詳しいお話をお伺いしますので、簡単なご記入で構いません。

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	男・女	生年月日		
			大正 昭和 平成	年	月
住所	〒			血液型	
電話番号	(自宅 ・ 会社 ・ 携帯電話)				
臨時休診等の場合、クリニックからご連絡を さしあげてもよろしいでしょうか？	はい (電話 ・ 郵送) ・ いいえ				

1. 本日はどのようなことで相談にいらっしゃいましたか？

いくつでも構いませんので、□にレ点 (チェックマーク) をしてください。

- 不眠 不安 緊張 憂うつ 意欲低下 集中力低下
- 物忘れ 家族の悩み 職場の悩み 学校の悩み 更年期障害 対人恐怖
- パニック

2. その症状はいつ頃から続いていますか？

_____年_____月から

詳しく教えて下さい。



3. 現在の健康状態について、教えてください。(分かる範囲で結構です)

食欲 あり 普通 なし

便通 _____日に_____回くらい

硬い 普通 軟らかい 下痢 血便

今までにかかったことにある大きな病気・怪我を教えてください。(分かる範囲で結構です)

食べ物やお薬のアレルギーはありますか？

ない
 ある _____

現在、常用しているお薬はありますか？

ない
 ある 薬剤名：_____

4. 睡眠について教えてください。

よい 悪い
 寝付きが悪い 途中で目が覚める 朝早く目が覚める 熟睡感がない

5. 女性の方のみ教えてください。

初経 _____歳 閉経 _____歳

最終月経_____月_____日頃 月経周期_____日 順調 不順

妊娠 いいえ はい (妊娠 _____ヶ月)

授乳 いいえ はい

6. 嗜好品について教えてください。

タバコ 吸わない
 吸う 1日_____本くらい
 以前吸っていた (○年間・1日_____本くらい)



- アルコール 飲まない
 飲む 1日 _____ くらい
 機会があれば飲む

7. あなたの出身・家族構成について教えてください。

- ①出生地 _____
- ②現在結婚している していない
 している _____回目
- ③子どもがいる いない
 いる _____人
- ④現在一緒に住んでいる人を教えてください。 _____
- ⑤最終学歴 学校名 _____ 在学中 中退 卒業
- ⑥現在の職業 _____
- ⑦血縁者の中に、精神科／心療内科にかかったことのある方はおられますか？
 いない 知らない いる _____
- ⑧今までに心療内科・精神科を受診したことがありますか？
 ない
 ある

受診時期	医療機関名	担当医

8. 最後に、来院のきっかけを教えてください。

- タウンページを見て ホームページ・インターネットを見て 看板
 家族、友人、知人から聞いて その他 _____
 他の医療機関からの紹介？

ご協力ありがとうございました。ご記入後、受付へお渡してください。順番が来たら呼びいたしますので、お待ちください。

