

問診票

*この問診票はカルテ同様、クリニックの外部には一切出ることはありません。ご面倒ですが差し支えのない範囲で、ご記入・該当項目をOで囲んで下さい。

記入日 _____年____月____日

(ふりがな) 生年月日 性別
氏名 _____ 年 月 日(歳) (男性 ・ 女性)

〒 住所 _____ 携帯番号 _____

自宅電話番号 _____ 連絡のとれるご家族の電話番号 _____

職業 _____ 最終学歴 _____ 同居の家族 _____

出身地 _____

1. 今日はどうされましたか？ (今一番つらい症状やお困りのことをありのままにお書き下さい)
2. それはいつ頃からですか？ (年 月頃から or 歳頃から)
3. 原因やきっかけがもしあれば教えてください ()
4. これまでに心療内科・精神科を受診されたことはありますか？ (ない ・ ある)
(ある)にOをされた方は、いつ頃、どの医療機関にかかれていましたか？
()
5. これまでに大きな病気やケガをしたことはありますか？ (ない ・ ある)
(高血圧、高脂血症、糖尿病・甲状腺・緑内障・現在妊娠の可能性あり・授乳中
その他)
6. 現在、飲んでいるお薬はありますか？ (ない ・ ある)
(ある)にOをされた方は、お薬名をわかる範囲でお書きください。(お薬手帳のご提示でも可)
()
7. アレルギーはありますか？ (ない ・ ある)
(ある)にOをされた方は、詳しく教えてください。
医薬品 () 食物 () 他 ()
8. 嗜好について教えてください。
飲酒 (飲まない ・ たまに ・ 毎日飲む →1日あたりの量は？) ex) 1日ビール350mlでOO本
喫煙 (吸わない ・ 吸う →1日あたり____本程度)
9. 今日、どなたと来院されましたか？
(本人のみ・父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母・配偶者・子ども・孫・他)
10. ご家族で精神科に通われた方はいらっしゃいますか？ それほどのようはご病気でしょうか。
()
11. 当院をどちらでお知りになりましたか？
(NTT東日本関東病院より・東京大学医学部附属病院から・その他の医療機関の紹介・知人の紹介・ホームページ
チラシ・看板・通りすがり・他)

ご記入ありがとうございました。受付スタッフへお渡しく下さい。

五反田こころのクリニック