

初診の方へ（問診票）

H 年 月 日

ふりがな

氏名

記入者（ 続柄 ）

男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生

住所（〒 - ）

県・府 市・郡

電話番号（ - - ） 携帯（ - - ）

予約の変更、お伝えしたいことがある場合等に、クリニックから連絡を入れてもいい方に○してください。

身長 _____ cm 体重 _____ kg 職業（ ）

以下の質問に○で囲む等でお答えください。

*当クリニックの事は何でお知りになりましたか？

・開院広告やチラシを見て ・インターネットで ・知人から聞いて ・その他（ ）

1. 本日来られたのは

・本人の希望で来院した ・（ ）にすすめられて ・その他（ ）

※誰かと一緒に来られましたか？

・1人で来た ・（名前 本人との関係 ）と一緒に来た

2. どのようなことでお困りですか？（具体的にお願いします）

（ ）

・イライラする ・不安になる ・不眠 ・食欲がない ・食べても味がしない ・何もする気がしない
・気分がころころ変わる ・死んでしまいたい ・同じ事を何度も繰り返す ・訳もなく涙が出る
・元気が良すぎる ・人が変な目で見ると ・実際にはないものが見えたり聞こえたりする ・物忘れがひどい

上記のようなことはいつ頃からですか？ _____年____月____日（頃） または_____歳頃から

3. 何かきっかけと思われる事がありますか？ → ない・ある

ある方はそれは何ですか？（内容 _____）

4. 今の症状でどこか（心療内科・精神科）で治療を受けておられましたか？ → いいえ・はい

はいの場合→ 病院、医院名（ _____）

紹介状はお持ちですか？（あり ・ なし ）

5. 以前に同じような症状が出たことはありますか？ → ない・ある（ _____回目）

6. ご家族・ご親族で同じような症状の方はいますか？ いいえ・はい

はいの方→ どなたですか？（ _____）

7. 今までにかかった病気、けが、あるいは持病がありますか？ → ない・ある

あるの方は具体的に書いてください。

（ _____）

8. (7.の病気は)現在も治療中ですか? いいえ・はい(病院名)

9. 現在飲んでいる薬がありますか? →ない・ある

(薬の名前)

10. 薬や注射、食べ物などで体に異常(じんましん等)が出たことがありますか? →いいえ・はい
はいの方は具体的に書いてください。()

11. (女性のみ)

最終月経はいつ頃ですか?・()月()日頃から・ずっとない

月経は定期的にありますか?・はい・いいえ

現在妊娠している可能性はありますか?・はい・いいえ

授乳中ですか?・はい・いいえ

12. 下の項目に○をつけて下さい

・食欲 → あまりない・普通・ありすぎる

・睡眠 → 普通・不眠がち(寝つきが悪い・夜中に目がさめる・早朝に目がさめる)

・便通 → 普通・便秘がち(1回/ 日)・下痢

・酒類 → 飲まない・週()回ぐらい・毎日飲む(日本酒 合 ビール等 本)

・タバコ → 吸わない・吸う(本/日)

13. 家族構成についてお書き下さい

父()歳 母()歳

兄弟(姉妹)は()人で()番目)

配偶者あり → ()歳 なし → (未婚・離婚)

子供()人 → 年齢()()()()()

14. 現在、どなたと同居されていますか?

・一人暮らし・親 夫 妻 子供()人 孫()人・その他()

・介護保険の認定は受けておられますか?・はい(介護度)・いいえ

15. ご性格は?

・明るい・楽天的・あっさり・交際が広い・礼儀正しい・頑固・几帳面・あきやすい

・派手好き・わがまま・負けず嫌い・無口・気難しい・愛想がない・交際が狭い

・仕事好き・責任感が強い・粘り強い・遠慮深い・自信がない・おくびょう

・人にとけこめない・心配性・くよくよしやすい・その他()

16. 趣味は?

()

17. その他、特にお伝えしたいことがありましたらご自由にお書き下さい。

()