

## 問診票

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか。

2. 現在かかりつけ医はありますか。 ( はい ・ いいえ )

はいの方 (病院名 : )  
(飲まれている薬 : )

3. 今まで下記の病気にかかったことはありますか。 ( はい ・ いいえ )  
当てはまる方は病名にも○をお付けください。

糖尿病 緑内障 前立腺肥大症 不整脈 高血圧症 高脂血症 喘息  
肝臓病 腎臓病 てんかん 脳卒中

(その他の大きな病気 : )

4. 今まであわなかったお薬や、強いアレルギー反応が出たお薬はありますか。 ( はい ・ いいえ )

(お薬の名前 : )

5. 食べ物や花粉症などのアレルギーはありますか。 ( はい ・ いいえ )

はいの方  
(アレルギー名 : )

6. 嗜好品についてお聞かせください。

飲酒	( 飲まない ・ 飲む	週	回 /	一回	程度)
たばこ	( 吸わない ・ 吸う	1日	本)		
コーヒー ・ お茶	( 飲まない ・ 飲む	1日	杯)		

7. 睡眠について教えてください。

就寝時間 ( 就寝 時 ~ 起床 時 )  
以下に当てはまるものがあれば○を付けてください。

寝付けないことがある 途中で起きてしまうことがある 熟眠感なし 夢をよく見る

8. 食事や排便についてお聞かせください。

現在食欲はありますか。 ( はい ・ いいえ )  
お通じの状態 ( 正常 ・ 下痢 ・ 便秘 )

9. 女性の方にお聞きします。

月経について ( 規則的 ・ 不規則 ・ 閉経 )  
妊娠の可能性 ( あり ・ なし )  
授乳 ( あり ・ なし )

10. どのようにして当院を知りましたか。

ホームページ チラシ 看板 ご紹介 ( から)

ご記入は以上です。

ご協力ありがとうございました。



Izu Mental  
Clinic

いずメンタルクリニック