

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. 今まで、このことで診察を受けたことがありますか？

a. 無

b. 有 (平成 年 月 日 病医院 ・ 外来 ・ 入院)

(平成 年 月 日 病医院 ・ 外来 ・ 入院)

3. 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:)

4. 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:)

5. 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:)

6. 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:)

7. 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)	

8. 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。

寝付けられないことがある 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

9. 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)

10. 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)

11. あなたの性格をお聞かせください。

社会的 非社会的 神経質 几帳面 おおざっぱ 人がいい 情に厚い
話し好き 明るい 勝気 短気 マイナス思考 真面目 人の目を気にする
消極的
その他 ()

12. 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

いずメンタルクリニック