

【 問診票 】

No. _____

	記入日	平成	年	月	日
ふりがな お名前 :				男 ・ 女	
生年月日 :	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	(歳)
住所 :	〒				
電話番号 :	ご自宅 :	()	携帯 :	()	
職業 :	会社員 ・ 専門職 ・ サービス業 ・ 学生 ・ その他 ()				

◎ご家族・保護者と来院された方は、ご関係をご記入下さい。

ふりがな

お名前 :

患者様とのご関係 : 家族 (父 母 夫 妻 兄 弟 子) ・ 勤務先 (上司 同僚) ・ 友人 ・
その他 ()

ご連絡先 :

お電話番号 : 自宅 ・ 会社 ・ 携帯 ()

◎当院を、(ホームページ・インターネット検索・電話帳・看板・知人のすすめ・その他) で知った。

1. 本日はどのようなことがお困りで受診されましたか? 具体的にお書きください。
(例: 不眠が続く、仕事に集中できない。動悸を感じ、息苦しくなる。)

2. いつ頃から具合が悪くなりましたか? 平成 年 月頃から

3. どのような時に調子が悪いですか? (朝・ 昼間・ 夕方・ 深夜・ 1日中)

特定の時

特定の状況

4. 「1」について原因として思い当たるようなことがありますか?

(例: 2カ月前より仕事量が増え、残業が続く帰宅が遅い。)

5. 「1」の他に症状はありますか? (ある・ない)

ある場合→体重の (減少・増加) ・ めまい ・ 立ちくらみ ・ 耳鳴り ・ 疲労感 ・ 不眠 ・

頭痛 ・ 偏頭痛 ・ 失神 ・ けいれん ・ 手足のしびれ ・ 吐き気 ・ 胃の不快感 ・ 肺炎 ・

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 緑内障 ・ 白内障 ・ 他 ()

6. 「1」の症状で他科を受診されましたか? (受診した・しない)

した場合→ 月 日に内科 ・ 脳神経外科 ・ 産婦人科 ・ 耳鼻科 ・ 他 ()

検査内容について (血液検査 : 貧血 ・ 肝機能 ・ 糖尿病 ・ 心電図 ・ 脳波 ・ CT ・ MR)

その他 ()

検査結果は (正常 ・ 正常ではない)

7. 今までに、心療内科 ・ 精神科での通院歴、入院歴がありますか? (はい・いいえ)

はい→時期: 平成 年 月頃～平成 年 月頃まで

病院名

飲んでいたお薬

8. アレルギーはありますか？（ある・ない）
 ある場合： 食品名
 薬品名
9. 今までに重い病気（心臓病・脳卒中・肝臓病など）をしたことが（ある・ない）
 ある場合→昭和・平成 年 月頃
 病名
10. 今までに入院、手術をしたことがありますか？（ある・ない）
 ある→昭和・平成 年 月頃 : 病名
11. 現在、他の医療機関に通院している（はい・いいえ）
 はい→理由
12. 妊娠の可能性が（ある・ない） ある→現在妊娠 ヶ月
13. 現在の生活について具体的にお書きください。
 通学／勤務先 勤務中・休職中（平成 年 月 日から）
 仕事内容
 仕事／学業は、（かなりきつい・きつい・ふつう・楽である）
14. 食欲について、（かなりある・普通・あまり無い・まったく無い）
15. 睡眠について、 1日の平均睡眠時間（ ）時間
 不眠の方→（なかなか寝付けない・夜中に何度も起きる・朝早くに目が覚める・眠りが浅い）
 その他（ ）
16. 現在の身長（ cm） 体重（ kg）
17. お酒について？（飲む・飲まない） 飲む→1日の量 _____
18. タバコについて？（吸う・吸わない） 吸う→1日の量 _____ 本・箱
19. ご本人の性格に当てはまるものがあれば、○をつけてください。
 明るい・交際が広い・飽きやすい・負けず嫌い・仕事熱心・責任感が強い・凝り性・
 徹底的・妥協はイヤ・頑固・潔癖・感じやすい・融通がきかない・臆病・自信がない・
 自分のことを気にしやすい・努力家・人に溶け込めない・
 その他（ ）
20. 家族構成について記載ください

(例) 60歳ガンで死亡

