

## 問 診 表

記入日

年

月

日

お名前	ふりがな	昭和・平成	年	月	日	男・女
住所	〒					
	自宅 TEL( - - )			携帯 TEL( - - )		

本日の診察にあたり以下についてご記入下さい

どのようなことで受診されましたか	
いつ頃から具合が悪くなりましたか	西暦 年 月頃から (または 歳頃から)
思い当たるきっかけはありますか	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし
睡眠について	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> その他 ( ) 1日平均( )時間
食欲について	<input type="checkbox"/> かなりある(過食) <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 全くない
心療内科や精神科に受診したことはありますか	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 病院名: 期間:( 年 月から 年 月まで)
これまでに心療内科・精神科の薬を服用したことがありますか	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	現在服薬中の薬
	効果がなかった薬
身体の病気、入院、手術などについて	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	病名: 平成 年 月頃
食物、薬物のアレルギーの有無	食物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	薬物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

その他

出身(出生地)	
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 / <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 中退
現在の職業	転職経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 回)
嗜好について	飲酒 (週 回 / 1日の量 ) 喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (1日 本 / 年間)
性格について (○をつけて下さい)	明るい・真面目・おおらか・謙虚・社交的・物静か・飽きやすい・負けず嫌い・凝り性 責任感が強い・協調性がある・頑固・潔癖・融通がきかない・臆病・自身がない・楽観的 気にしやすい・気配り上手・人見知り・その他 ( )
家族構成について (年齢も記入)	(例:父●歳、母●歳、兄●歳、妹●歳、妻●歳)で記入してください。同居している方に ○ をつけてください