＊ 問 診 票 ＊

平成　　年　　月　　日

ふりがな
氏　　名；＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）　**生年月日**；　　年　　月　　日

住　　所；（〒　　－　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住民票のある住所；（〒　　－　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（現住所と同じ場合は記載不要）

電話；＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿　**携帯電話**；＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

職業；　有　・　無　　**会社名**；＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本日の同伴者；＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄（　　）　**連絡先**；＿＿＿＿＿＿＿＿

ご家族等の連絡先；＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿氏名；＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄（　　）

※同伴者様がいらっしゃらない場合、ご記入ください

本日はどうされましたか

不安　　やる気が起きない　　緊張が強い　　イライラする
職場の悩み　　家族の悩み　　物忘れ　　セカンドオピニオン
その他（　　）

それはいつからですか？　→　（　　）

【下記の状況はいかがですか？】

睡眠；□正常　□寝つきが悪い　□目が覚めやすい　□朝早く目が覚める
睡眠時間　＿＿＿＿時～＿＿＿＿時　（約＿＿＿＿時間）

食欲；□普通　□増加（体重＿＿＿kg 増）　□減少（体重＿＿＿kg 減）

かかりつけの精神科はありますか

□はい（医療機関；　　）　□いいえ

紹介状はお持ちですか　□はい　□いいえ

裏面へ

当院をどのようにお知りになりましたか？

□インターネット　□友人・知人の紹介　□かかりつけ医からの紹介
□その他（　　）

今までに入院・手術をされたことや、現在治療中のご病気などはありますか

□はい　□いいえ

疾患名	発症年齢	病院名	治療内容
□高血圧 □糖尿病 □喘息 □緑内障 □前立腺肥大 □アレルギー □その他			

以下の状況について教えてください

＊タバコを吸いますか　□はい（　本/日）　□いいえ
＊アルコールを飲みますか　□はい（　/日）　□いいえ
＊ご信仰をお持ちですか　□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
＊自傷行為をされたことはありますか　□はい　□いいえ
＊利用している社会資源を教えてください
□自立支援医療　□障害者手帳（障害種別；＿＿＿＿、等級＿＿＿級）
□障害年金（□基礎　□厚生　□その他　＿＿＿＿級）
□介護保険（□居宅介護（ホームヘルプ等）　□通所介護（デイサービス等）　□施設介護）
□他機関（機関名；　）

そのほか、ご要望やご心配がございましたらご記入ください

診察の前に、メディカルサポートセンターのスタッフよりお話を伺います。
お声かけまでしばらくお待ちください。