

* 問診票 *

平成 年 月 日

ふりがな
氏 名： _____ 男・女 生年月日： _____ 年 月 日（ 歳）

〒 _____
現住所： _____

〒 _____
住民票がある住所： _____
（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： _____

本日の同伴者名： _____（続柄） 連絡先： _____（ ）

1. 本日はどうされましたか

不安 ・ やる気が起きない ・ 気分の落ち込み ・ 緊張が強い ・ イライラする ・ 物忘れ
職場の悩み ・ 家族の悩み
その他（ ）
いつから⇒ _____

【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 約 時～ 時（約 時間）

食欲： ☐ 普通 ☐ 増加 体重（ k g）増 ☐ 減少 体重（ k g）減

2. かかりつけの精神科はありますか

☐ はい → 医療機関名： _____ ☐ いいえ

3. 紹介状はお持ちですか ☐ はい ☐ いいえ

4. 今までに入院・手術をされたこと、または現在治療中のご病気はありますか ☐ 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 ☐ その他			

5. 薬や食べ物等のアレルギーはありますか

☐ はい → （ ） ☐ いいえ

6. たばこを吸いますか ☐ はい 本／日 ☐ いいえ

7. アルコールを飲みますか ☐ はい 缶／日 ☐ いいえ

8. ご信仰をお持ちですか ☐ はい （ ） ☐ いいえ

9. 現在妊娠している可能性はありますか ☐ はい ☐ いいえ