

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

不眠 ・ 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
食欲の低下/増加 ・ 物忘れ ・ 職場の悩み ・ 家族の悩み
その他（ _____ ）
いつから⇒ _____

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. 睡眠時間 時～ 時（正常・寝つきが悪い・目が覚めやすい・朝早く目が覚める）

9. ご信仰をお持ちですか ☐ はい （ _____ ） ☐ いいえ

10. 現在妊娠している可能性はありますか ☐ はい ☐ いいえ