

初診

成人一般 問診票

記入日： 年 月 日 ふりがな 記入者氏名： 続柄：

ふりがな 患者氏名：	性別： 男・女	年齢： 歳
生年月日： 年 月 日	ご職業： <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 専門職 その他()	

○当クリニックにどのようなことを希望されますか？

- 通院 家族相談 診断 検査 対応について
 その他()

○今日相談したい症状やお困りのことは何ですか？

- 意欲がわからない ゆうつ 不安 感情が不安定 イライラ
 落ち着かない 興奮しやすい 生きているのが嫌になる
 実際に見えないものが見える 話しかける声が聞こえる 自分の噂をされている
 物忘れ 徘徊
 過食 拒食 食べ吐き
 お酒がやめられない 薬への依存がある 周囲に迷惑をかけている
 その他⇒

○それが始まったのはいつ頃ですか？

年 月頃または 歳頃

○きっかけとなった出来事やストレスに心当たりはありますか？(いいえ・はい)

⇒

○上記症状でクリニックや病院を受診したことはありますか？

医療機関名	期間	治療内容
		通院・入院・不定期・1回だけ
		通院・入院・不定期・1回だけ
		通院・入院・不定期・1回だけ
		通院・入院・不定期・1回だけ

○薬や食べ物にアレルギーはありますか？

- はい 卵 牛乳 小麦 そば 落花生 エビ カニ
その他食品() 薬品(名称)
 いいえ

○今までに大きな病気や怪我、手術の経験はありますか？

- はい 糖尿病(歳頃) 高血圧(歳頃) 心臓病(歳頃) 肝炎(歳頃)
ぜんそく(歳頃) その他()
 いいえ

○現在飲んでいる薬があれば教えてください

- はい(内容)
 ⇒本日、お薬の内容がわかるお薬手帳や薬剤情報提供書はお持ちですか？(はい・いいえ)
 いいえ

○ご家族の中に精神科・心療内科にかかれたことのある方はいますか？

- はい:内容
 いいえ

家族構成等	○出身地(県名・市名)はどこですか？()				
		名 前	年齢(学年)	職 業	同居
	例) 妻	花子	50歳	事務員	○

学歴	学校名	専攻	期間	卒業後の状況
	例) ○○高校		H12年4月～H15年3月	H15年3月卒業

職歴	仕事	職務内容	期間	辞めた理由
	例) ○○会社	事務職	H19年1月～H29年3月	人間関係

日常・社会生活	○結婚したことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (歳～)・離婚(歳【結婚 歳】)・死別(歳【結婚 歳】) 再婚(歳～)
	○下記のものを摂取していますか？ タバコ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙中 <input type="checkbox"/> 吸う⇒ 歳~/1日の量: 本程度 お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 断酒中 <input type="checkbox"/> 飲む⇒ 歳~/1日の量 /最終飲酒⇒
	身長 _____ 体重 _____ kg
	○女性の方にお聞きします <input type="checkbox"/> 妊娠している はい(_____ 週)
	いいえ 月経 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> ない
	○信仰している宗教等ありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(_____)
	○趣味はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(_____)
	○ご自身をどのような性格だと思われますか？ (_____)
	○あなたのこれからの治療に協力してくれる人はいますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒それは誰ですか？(_____)

***問診票はここまでです。記入漏れがないかご確認ください。**