

記入年月日： _____年__月__日

問診表

(ふりがな)

【名前】 _____

担当医師

【性別】 女性 男性 その他

濱屋・高橋・岩村・戸坂

【生年月日】 西暦 _____年__月__日 (_____才)

紹介状 有 無

【住所】 〒 _____ 住所はマンション名まで記載してください
_____ 県・都 _____ 市・区

【電話番号】 自宅： _____ 携帯： _____

【緊急連絡先】 **ご本人ではない別の方の連絡先を必ずご記入ください**

名前： _____ (続柄 _____) 所在地：(都道府県) _____ 電話： _____

【マイナ保険証お持ちの方】 診療情報取得に同意 します しません

【症状と出現した時期】 いつ頃： _____ 症状： _____

【付随する症状に✓】 動悸 呼吸苦 頭痛 はき気 確認行為がやめられない

その他 (_____)

《女性の方》 月経前の気分の浮き沈み 妊娠の可能性 有 無

【睡眠時間】 (24時間表記) [就寝] _____時 ~ [起床] _____時、途中で起きる回数： _____回
昼寝 (有 無) いびき (有 無) 無呼吸の指摘 (有 無)

【体重減少・増加】 有の場合： _____カ月で _____kg (減少 増加)

【来院の目的】 (例：薬で眠れるようになりたい) _____

【来院の意思】 自ら希望 周囲の勧め

【薬物治療の希望】 薬物治療でも良い 治療が遅れてもなるべく避けたい

【最終学歴】 小学校 中学校 高校 大学 その他 (_____)

【仕事の有無と内容】 無 有 (業務内容： _____)

【現職の勤務年数】 _____年日 ※今現在されているお仕事の年数

【就業日数】 週 _____日 (就業日数の不定の人：月に _____日)

【月の残業時間】 0-10時間 10-30時間 30-80時間 80時間以上

【心療内科・精神科通院歴】 有 無

家族図 (医師記入)

有の場合 西暦 _____年__月~ _____年__月 病院名： _____ 診断： _____

西暦 _____年__月~ _____年__月 病院名： _____ 診断： _____

【他科の通院歴】 有 無

有の場合 西暦 _____年__月~ _____年__月 病院名： _____ 診断： _____

西暦 _____年__月~ _____年__月 病院名： _____ 診断： _____

【現在服用中の薬】 (_____)

【アレルギーの出た薬や食品】 無 有 薬・食物名 _____ 症状 _____

【飲酒】 飲まない 週に2,3回 ほぼ毎日 (_____を _____ml)

【タバコ】 吸わない やめた 吸う (1日 _____本を _____年間)

【カフェインの摂取】 コーヒー 紅茶 緑茶 を1日 _____杯程

【特定健診または高齢者健診の受診】 無 有 受診時期： _____ 指摘事項等： _____

【取得しているものがあれば✓】 障害年金 精神保健福祉手帳 療育手帳 自立支援医療

【家族歴】 親族の心療内科通院歴 無 有 あなたとの関係 (_____) 疾患名 (_____)

【当院を知った理由】 インターネット 紹介 (お名前 _____ 紹介元 _____)

ID : _____