

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

紹介状 有 無

【生年月日】 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_ 才)

【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

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 : \_\_\_\_\_

家族図 (医師記入)