

## 問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ

氏名： \_\_\_\_\_ 性別： 男 ・ 女

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日 年齢： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

1. 本日はどのようなことでご相談においでになりましたか？

2. それらの状況 / 問題の経過をお知らせください  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_頃から

状態の経過：

3. 直近もしくは現在、他の病院・診療所に受診されている方は、下記にご記入下さい

病院名： \_\_\_\_\_ 病名： \_\_\_\_\_

薬の内容： \_\_\_\_\_

4. 3にかかるまでに、他の病院や、診療所に相談に行かれましたか？

\_\_\_\_\_ 病院・クリニック 入院・通院  
期間： \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 病院・クリニック 入院・通院  
期間： \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_

5. 最終学歴/職歴について教えてください

最終学歴： \_\_\_\_\_ (卒業・中退)

職歴：

6. ご出身の都道府県を教えてください 都・道・府・県  
7. ご家族(ご両親ご兄弟も含む)について教えてください  
8. お名前 年齢 続柄  
\_\_\_\_\_ (        ) (        ) ( 同居 / 別居 )  
\_\_\_\_\_ (        ) (        ) ( 同居 / 別居 )  
\_\_\_\_\_ (        ) (        ) ( 同居 / 別居 )  
\_\_\_\_\_ (        ) (        ) ( 同居 / 別居 )
9. ご家族に、心療内科・精神科に受診されたことのある方は、いらっしゃるでしょうか?  
いない ・ いる
10. 普段、お飲みになっている薬があれば教えてください  
ない ・ ある 薬剤名： \_\_\_\_\_
11. 食べ物や、お薬の副作用やアレルギーがあれば教えてください  
ない ・ ある (食物：\_\_\_\_\_ お薬：\_\_\_\_\_)  
症状：アトピー性皮膚炎 / じんましん / かぶれ / 喘息 / その他 ( \_\_\_\_\_ )
12. 今までに心臓疾患の指摘を受けた事があれば教えてください。  
ない ・ ある  
心電図検査等で“要精検・要治療”と言われたことがある。  
ある ・ ない (病名) \_\_\_\_\_
13. 過去に入院・手術・大きなケガ等の経験があれば下記にご記入下さい  
歳頃 病名：\_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_  
歳頃 病名：\_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_
14. 血液検査についてお伺い致します  
前回、血液検査（健康診断の場合を含む）を受けたのはいつ頃ですか？  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 / 受けていない
15. 嗜好についてお伺い致します  
タバコは吸いますか？ いいえ・はい (1日に \_\_\_\_\_ 本くらい)  
お酒は飲みますか？ いいえ・はい (1日に \_\_\_\_\_ くらい)  
※使用歴のあるものに○を付けてください  
シンナー / 覚せい剤 / 大麻 / 脱法ハーブ / その他 \_\_\_\_\_
16. 女性の方にお尋ねします  
・ 現在、妊娠の可能性はありますか はい / いいえ / 不明  
・ 現在授乳中ですか はい / いいえ
17. 当院をどの様にお知りになりましたか？  
インターネット ・ 看板 ・ 紹介 ・ その他( \_\_\_\_\_ )
16. 診断書発行希望（2回目以降になります） はい / いいえ

ご記入ありがとうございました。頂いた内容は、診療以外に用いることはございません。