

# 心療内科 問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 才)
お名前	男・女		
現住所	〒		
ご連絡先		当院はどこでお知りになりましたか？ □紹介（知人・医療機関） □看板 □通りがかり	
ご職業		□インターネット □その他（ ）	

## 1. 今日はどうされましたか？

## 2. その症状はいつ頃からありますか？

## 3. ご家族についておうかがいします

・両親はご健在ですか？（はい・いいえ）

ご年令とご職業を教えてください

父：（ 才/ ）

母：（ 才/ ）

・兄弟姉妹（なし・あり）

構成とご年令とご職業を教えてください（例：1番目 兄/55才/会社員）

1番目：（ / 才/ ）

2番目：（ / 才/ ）

3番目：（ / 才/ ）

4番目：（ / 才/ ）

5番目：（ / 才/ ）

その他：

・子供（なし・あり）

1番目：（ 才） 2番目：（ 才） 3番目：（ 才）

4番目：（ 才） 5番目：（ 才）

・結婚歴

① 未婚 ② 既婚 才から ③ 離婚 回 才から ④ 死別 才から

裏面もご記入ください→

・同居されている方は誰ですか？

--

4. 今までの病気や手術などがありましたら教えてください

ストレス性の病気	才	病名：
精神の病気	才	病名：
内科の病気	才	病名：
緑内障	才	病名：
前立腺肥大	才	病名：
手術	才	病名：
事故	才	内容：
その他	才	病名：

5. おくすりを服用して副作用が出たことはありますか？

(はい・いいえ)

はいの場合→おくすりの名前 ( )

6. 次のあてはまるものに丸を付けてください

- ・食欲 (過食・ちょうど良い・何とか食べられる)
- ・便秘 (ふつう・便秘・下痢)
- ・タバコ (すう 1日\_\_\_\_本・すわない)
- ・アルコール (のむ・のまない)
- ・(女性の方のみ) 生理 (順調・不順・なし)
- ・(女性の方のみ) 妊娠 ( \_\_\_\_\_ 週目・可能性あり・なし)
- ・(女性の方のみ) 授乳中 (はい・いいえ)

7. 睡眠についてお聞きします

- ・寝つきが悪いですか？ (はい・いいえ)
- ・夜中に目が覚めますか？ (はい・いいえ)
- ・朝早く目が覚めますか？ (はい・いいえ)
- ・何時に床に入りますか？ ( \_\_\_\_\_ 時)
- ・何時に起きますか？ ( \_\_\_\_\_ 時)

8. アルコールをのむ方にお聞きします

- ・のむ量はどれくらいですか？ ( \_\_\_\_\_ )
- ・ねむるためにアルコールをのむことがありますか？ (はい・いいえ)

ご記入ありがとうございました。お手数おかけしますがお薬手帳と一緒に受付までご提出おねがいたします。