

記入年月日： _____年__月__日

問診表

(ふりがな)

【名前】 _____

【性別】 女性・男性

【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 _____

【メールアドレス】 _____

【主な症状と症状が出現した時期】 (例：1カ月前から不安で眠れなくなった)
いつ頃 _____ 症状： _____

【付随する症状に○】

気持ちの落ち込み・不眠・不安・緊張・動悸・呼吸苦・頭痛・肩こり・嘔気・食欲不振・過食・集中困難・
イライラ・手足の冷え・決まった行動がやめられない

その他 ()

【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

【睡眠時間】 (24 時間表記) ____時～____時まで睡眠、途中で起きる回数：__回、昼寝 (有・無)

【体重減少・増加】 有の場合：____カ月で__kg (減少・増加)

【治療方針の希望】 薬物治療でも良い・治療が遅れてもなるべく避けたい・
カウンセリングに興味ある・漢方薬に興味ある

【最終学歴】 中学・高校・専門・大学・その他 ()

【仕事の有無と内容】 有・無業務内容： _____

【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

【家族歴】 親族に心療内科へ通院していた人 (有・無)

有の場合→あなたとの関係：__疾患名： _____

【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： _____

西暦 _____年__月～ _____年__月 病院名： _____

診断： _____

【持病】 なし・喘息・高血圧・脂質異常症・肝臓病・腎臓病・心臓病・甲状腺機能亢進症・甲状腺機能低下症・メニエール病・緑内障・その他 ()

【飲酒】 飲まない・週に2,3回・ほぼ毎日__を____ml

【タバコ】 吸わない/ 吸う・やめた 1日当たり本数__本

【カフェインの摂取】 コーヒー・紅茶・緑茶

【アレルギーの出た薬や食品】 無・有： _____で _____の症状が出現した

【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

【当院を知った理由】 HP・看板・知人の紹介・通りすがり

家族図