

# 問 診 票

年 月 日

患者氏名(フリガナ)：	男・女	記入者氏名：(間柄： )	電話番号：	緊急連絡先：
様	女	様	- -	- -

住所： 〒 -	生年月日：	年齢：	職業：
	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	歳

◎本日はどういったことにお困りで受診されましたか？ (記入例：気分が沈む、眠れない、頭痛がする)  
 ( 年 月) または ( 歳) 頃から

◎思いあたる「原因」や「きっかけ」はありますか？

◎これまで生活に大きな変化やストレスがありましたか？

◎他の病院や医院を受診したことがありますか？ ( はい ・ いいえ ) ※複数の場合はそれぞれお書き下さい

◎いま飲んでいくすりがありますか？ ( はい ・ いいえ )  
 →

◎くすりや食べ物にアレルギーはありますか？ ( はい ・ いいえ )  
 →

◎これまでに病気や大きなけが、手術の経験はありましたか？ ( はい ・ いいえ )  
 → 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝炎 ・ ぜんそく ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大症  
 妊娠の可能性 ( あり ・ なし )

◎ご家族の構成をお書きください (記入例：父 50 歳、公務員 長女 21 歳、大学生)  
 <同居している方>  
  
 <同居していない両親・兄弟姉妹・子>

◎現在の生活の状態をお書き下さい

\*身長： cm、体重： kg（ やせた ・ 変わらない ・ 太った → ヶ月で kg）

\*食欲：（ ある ・ ない ・ 無理して食べている ・ 味がない ・ 食べ過ぎる ）

\*睡眠：（ よい ・ わるい ）

→ 寝付けない ・ 夜中眼が覚める ・ 目覚めが早い ・ ぐっすり寝た気がしない ・ 夢が多い

\*からだの不調：（ ない ・ ある ）

→ 頭痛 ・ 頭が重い ・ 肩がこる ・ 腰痛 ・ 動悸 ・ 息切れ ・ その他

\*便通：（ 良好 ・ 便秘 ・ 下痢 ・ 便秘と下痢をくりかえす ）

\*月経：（ 順調 ・ 不順 ・ ない ・ 妊娠 ）

\*お酒：（ 飲まない ・ 飲む ）

→（週に 日、1回に飲む量 ）

\*たばこ： 歳から、現在1日 本ぐらい

\*その他、下記に該当するものがあれば○をお付けください

・意欲がわからない ・朝起きるのがつらい ・ゆううつ ・不安 ・生きているのが嫌になる

・誰かに見られている気がする ・物忘れが多い ・気分がむらがある ・自分のことを噂されている

・話しかける声が聞こえる ・実際にはないものが見える ・イライラしやすい

・落ち着きがない ・興奮しやすい ・周囲に迷惑をかけている

◎当院をどちらでお知りになりましたか？

医療機関の紹介（ ） ・ 知人の紹介（ ）

ホームページ ・ ネット（サイト名 ） ・ チラシ ・ 看板 ・ その他（ ）

◎その他に何かお悩みやご相談・当院へのご要望などがございましたらお書きください。

ご記入が終わりましたら問診票を受付までお持ちください。

お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

ご協力ありがとうございました。