

# 初診問診票

ふりがな

お名前： \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (満 \_\_\_\_\_ 歳)

職業： \_\_\_\_\_ 最終学歴： \_\_\_\_\_

【未婚・既婚(\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月)・離婚(\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月)】【一人暮らし・( \_\_\_\_\_ ) と同居】

ご住所：〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

お電話： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ご家族の連絡先： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( 続柄： \_\_\_\_\_ )

※必要時にお電話することがございます。

① 現在お困りのことを具体的に書いて下さい

.....

.....

.....

.....

② 上記の症状の経過についてお書きください

・いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 頃から

・きっかけはありますか？ あり( \_\_\_\_\_ ) ・ なし ・ わからない

③ 今回の受診はどなたの意向によるものですか？

ご自身 ・ 家族( \_\_\_\_\_ ) ・ 職場 ・ 他院紹介

④ これまでに精神科心療内科を受診したことはありますか？

なし ・ あり・・・ \_\_\_\_\_ 歳：病名 \_\_\_\_\_ 施設名 \_\_\_\_\_ 治療内容 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 歳：病名 \_\_\_\_\_ 施設名 \_\_\_\_\_ 治療内容 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 歳：病名 \_\_\_\_\_ 施設名 \_\_\_\_\_ 治療内容 \_\_\_\_\_

⑤ これまでに大きな身体の病気で通院・入院・手術の経験がありますか？

なし ・ あり・・・ \_\_\_\_\_ 歳：病名 \_\_\_\_\_ 施設名 \_\_\_\_\_ 治療内容 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 歳：病名 \_\_\_\_\_ 施設名 \_\_\_\_\_ 治療内容 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 歳：病名 \_\_\_\_\_ 施設名 \_\_\_\_\_ 治療内容 \_\_\_\_\_

⑥ 血縁の方で精神科心療内科を受診したことがある方はいますか？

いない ・ いる・・・ 父 ・ 母 ・ 兄 ・ 弟 ・ 姉 ・ 妹 ・ 子 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

病名： \_\_\_\_\_

( ↓裏面につづきます )

⑦ 生活習慣病と診断されたことはありますか？

なし ・ あり・・・ 高血圧 ・ 高脂血症(中性脂肪 / コレステロール) ・ 糖尿病 ・ 高尿酸血症

⑧ 心臓病・不整脈と診断されたことはありますか？

なし ・ あり・・・ 具体的に： \_\_\_\_\_

⑨ 心電図検査にてQT延長症候群と診断されたことはありますか？

なし ・ あり・・・ 具体的に： \_\_\_\_\_

⑩ 緑内障と診断されたことはありますか？

なし ・ あり・・・ 閉塞隅角 ・ 開放隅角

⑪ 現在服用しているお薬はありますか？ (例：レクサプロ 10mg を 1日2錠服用 → 1日の総量：20mg)

なし ・ あり・・・ 薬名： \_\_\_\_\_ 1日の総量： \_\_\_\_\_ mg・ $\mu$ g・包  
薬名： \_\_\_\_\_ 1日の総量： \_\_\_\_\_ mg・ $\mu$ g・包  
薬名： \_\_\_\_\_ 1日の総量： \_\_\_\_\_ mg・ $\mu$ g・包  
薬名： \_\_\_\_\_ 1日の総量： \_\_\_\_\_ mg・ $\mu$ g・包

⑫ アレルギーはありますか？

なし ・ あり・・・ くすり： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_  
食べ物： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_

⑬ 現在の生活状況について

睡眠： 良い ・ 悪い・・・ 寝つきが悪い ・ 途中で目が覚める ・ 朝早く目が覚める ・ 悪夢をみる

食欲： あり ・ なし

飲酒： なし ・ あり・・・ (週に \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ ml くらい)

喫煙： なし ・ あり・・・ \_\_\_\_\_ 歳から (1日 \_\_\_\_\_ 本くらい)

⑭ 女性の方へ

現在妊娠中ですか？：いいえ ・ はい・・・ \_\_\_\_\_ ヵ月

授乳中ですか？：いいえ ・ はい

月経前後に不調になることはありますか？：いいえ ・ はい・・・ 具体的 \_\_\_\_\_

に：

◇ 当院をどちらでお知りになりましたか？

HP ・ 紹介 ( \_\_\_\_\_ ) ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

個人情報と診療に関するのみ使用致します。厳重に管理の上、第三者に開示・漏洩することはありません。

以上、ご承諾の上、内容にお間違いがなければご署名ください。

年 月 日 署名： \_\_\_\_\_