

# 問 診 票

令和 年 月 日

○正しい診察を受けていただくために正確にご記入ください○

No.

ふりがな		年 齢	性 別	職 業
氏 名		才	男・女	
		生年月日	T・S・H	年 月 日
住 所	〒		T e l	自宅
				携帯

1. どうされましたか？一番気になっていることや症状を書いてください。 いつ頃からですか？

- ① \_\_\_\_\_
- ② \_\_\_\_\_
- ③ \_\_\_\_\_

2. きっかけがありましたか？

3. 職場・家庭・対人関係などに変わったことがありましたか？（例：転職・転居・離別など）

4. 上記のことで診察を受けたことが ない・ある（ 年 月頃 病院 科）  
上記のことで入院したことが ない・ある（ 年 月頃 病院 科）

5. これまでに入院したことがある方は順に書いてください。

年 月ごろ 日間 病院 科  
年 月ごろ 日間 病院 科

※6. 今までに飲み薬・注射・その他で異常はありましたか？（異常体質・過敏症・ショックなど）  
なし・あり → それは何ですか？（抗生物質・かぜ薬・予防接種・食物アレルギーなど）

7. 今までに大きな病気をしたことがありますか？（手術・けが等もお書きください）

病名 : 才頃 病名 : 才頃 病名 : 才頃

※8. 輸血をしたことがありますか？ ない・ある 年 月頃

9. この1年間で検診（特定検診及び高齢者検診）を受診しましたか？（マイナ保険証の方は省略可） はい・いいえ

※10. 持病がある方は○印をつけてください。

心ぞう病 肝ぞう病 腎ぞう病 糖尿病 緑内障 高血圧  
リウマチ じんましん ひきつけ アレルギー性疾患 その他（ ）

11. 食欲（ある・ふつう・ない） 睡眠（眠れる・眠りが悪い）  
便秘（良・便秘・下痢） 眠りが悪い場合→寝つきが悪い・その他（ ）  
（ \_\_\_\_\_日に\_\_\_\_\_回） 月経（順調・不順・ない・妊娠中）  
喫煙（すわない・すう → 1日に 本・喫煙期間 才～ 年間）  
飲酒（飲まない・飲む → 日に 回・種類と量）

**裏 面 も ご 記 入 く だ さ い**

12. 結婚した年齢 未婚・既婚（ ）才 現在妊娠中または授乳中ですか？（女性のみ） はい・ いいえ

13. 家族構成 配偶者・兄弟・子供など

家	続柄	氏名	年齢	職業	同居の有無
	父				
族	母				同居・別居
					同居・別居
関係のある人					同居・別居

14. ご家族、ご親戚の方が精神科または心療内科の治療を受けられたことがありますか？

もしくは、現在治療中の方がおられますか？差し支えなければお書きください。

いない・いる 氏名（ ） 続柄（ ） 病院名（ ）  
 氏名（ ） 続柄（ ） 病院名（ ）

※15. もともとの「性格」は？（複数選択可）

元気・活発・朗らか・人付き合い好き・世話好き・仕事好き・手早い・気にしやすい・神経質  
 几帳面・心配性・勝気・熱中しやすい・あきやすい・徹底的・まじめ・責任感強い  
 同情しやすい・緊張しやすい・あっさり・のんびり・無口・短気・内気・頑固・きつい・やさしい  
 その他（ ）

16. ●緊急時連絡先（ 家族・会社・帰省先・知人宅等 ） ※必ず、ご記入下さい。

ふりがな		住所	
氏名			
間柄	家族（ ）・ 職場・友人・その他	電話	

●同伴者（ 緊急時連絡先と同じ場合は記入不要 ）

ふりがな		住所	
氏名			
間柄	家族（ ）・ 職場・友人・その他	電話	

17. 診察の参考になると思われることや、その他ご自由にお書きください。

18. 利用されている福祉制度はありますか？

精神保健福祉手帳・療育手帳・自立支援医療費受給（精神通院）・就労継続支援 A 型・B 型・移行・精神科訪問看護  
 ・デイケア・ヘルパー・その他（ ）

19. 当クリニックをどこでお知りになりましたか。差し支えなければお名前をお教えてください。

紹介（ 知人・地域・職場・公的機関・医療機関 [ ] )  
 その他（ インターネット・雑誌・書籍・その他 [ ] )

# 症状の経過

NO. \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

一番はじめに気になった出来事や症状から現在までの経過を箇条書きでも良いですのでご記入ください

※問診票の通りです。(紹介状あり)



年月日	年齢	出来事	症状

## 症状の経過

年月日	年齢	出来事	症状