

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
お名前	男・女			
現住所	〒 _____ - _____		同伴者 氏 名	
			続 柄	☐ 親 ☐ 子 ☐ 孫 ☐ 親せき ☐ その他()
連絡先	自宅: _____ - _____ 携帯: _____ - _____ (☐ 本人 ☐ ())			

※以下の質問は、差し支えない範囲でご記入いただき、お答えが難しい箇所は空欄のままで構いません。

1. お困りのことは何でしょうか？(いつ頃からどんな症状が出現したかなど、ご自由にお書きください。)

※最初に症状が出現したのはいつ頃ですか？： _____ 年 _____ 月頃から (または _____ 歳頃)
※思い当たるきっかけはありますか？： ☐ある (_____) ☐ない

2. 今つらいことは、どんなことですか？(複数チェック可)

☐よく眠れない ☐疲れやすい ☐体がだるい ☐気力がない ☐不安感 ☐胸がドキドキする
☐息苦しくなる ☐気持ちが落ち込む ☐考えがまとまらない ☐集中力がなくなった ☐いらいらする
☐よく涙が出るようになった ☐気持ちが焦りやすい ☐朝起きるのがつらくなった ☐元気がよすぎる
☐食欲がない ☐食欲がありすぎる ☐吐き気 ☐死にたい気持ちになることがある
☐その他(_____)

3. 睡眠についておうかがいします。

夜は良く眠れますか？ ☐はい ☐いいえ (いいえの方は、以下の項目にもチェックをお願いします。)
☐なかなか寝付けない ☐途中で目が覚める ☐朝早く目が覚める ☐眠りが浅い(複数チェック可)
平均睡眠時間はおよそ、どのくらいですか？ 約(_____)時間程度
平均的な就寝・起床時間は何時頃ですか？ 就寝： _____ 時頃 起床： _____ 時頃

4. 食欲についておうかがいします。

食欲はありますか？ ☐はい ☐いいえ
体重の変化はありますか？ ☐はい (ここ _____ カ月で _____ kg の 減少・増加) ☐いいえ

5. 元来のご性格はいかがでしたか？(複数チェック可)

☐内向的 ☐社交的 ☐神経質 ☐あまり細かいことは気にしない ☐気は長い ☐短気 ☐凝り性
☐あきっぽい ☐責任感が強い ☐気を使いすぎる ☐マイペース

6. これまで、心療内科や精神科などを受診されたことはありますか？

☐ない ☐ある（「ある」を選択された方は、以下もご記入ください。）

（ 年 月～ 年 月まで 医療機関名： ☐入院 ☐外来）

（ 年 月～ 年 月まで 医療機関名： ☐入院 ☐外来）

（ 年 月～ 年 月まで 医療機関名： ☐入院 ☐外来）

※現在も通院中ですか？ ☐はい ☐いいえ

7. 今まで治療された身体のご病気、手術歴などについておうかがします。

☐なし ☐あり（病名： ・・）

高血圧（☐なし ☐あり） 糖尿病（☐なし ☐あり） 心臓疾患（☐なし ☐あり・病名 ）

緑内障（☐なし ☐あり） 肝臓疾患（☐なし ☐あり・病名 ）

※現在治療中のご病気はありますか？

☐なし ☐あり（病名： 受診先：）

※現在内服中のお薬はありますか？ ☐なし ☐あり

※血縁のご家族で心療内科・精神科・神経科などを受診されたことがある方はおられますか？

☐なし ☐あり（ご関係： 病名：）

8. 学歴、出生地についておうかがいします。

学歴について教えてください（ 小学校、 中学校、（ 高校）、
（ 専門学校）、（ 大学、 大学院） 卒・在学中・中退（←○印をつける）

出生地を教えてください（ 県 市）

9. 職業歴についておうかがいします。

現在のご職業（） 転職 ☐なし ☐あり（ 回）

就労されている方へ： 残業 ☐あり ☐なし 休日出勤 ☐あり ☐なし 夜勤 ☐あり ☐なし

10. ご家族についておうかがいします。

例）長男、次男、長女など

結婚歴 ☐未婚 ☐既婚 ☐離婚 子供 ☐なし ☐あり（ 人 構成：）

両親はご健在ですか？ ☐はい ☐いいえ（）

兄弟姉妹 ☐なし ☐あり（ 人中 番目） 現在同居中の方（）

11. お薬や食べ物が原因で、発疹や肝障害などのアレルギーを起こしたことはありますか？

☐なし ☐あり（症状：）

12. 飲酒や喫煙についておうかがいします。

飲酒 ☐飲まない ☐ほとんど飲まない ☐機会があれば飲む

☐ほぼ毎日飲む（1日あたり を 本くらい）

喫煙 ☐吸わない ☐吸う（1日あたり 本くらい） ☐以前吸っていた

13. 診療にあたって、ご希望などございますか？（よろしければご記入ください。）

☐診断について聞きたい ☐治療について聞きたい

☐その他（）

記入者氏名：

・当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めて参ります。
・正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
・ご記入いただきました個人情報は、厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。
・医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時で保険証利用時）加算 1…4 点、（マイナ保険証利用時）加算 2…2 点