

はじめて当院におかかりになる患者様へ…

【 問診票 】

フリガナ お名前		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
身長：      cm	体重：      kg	職業：	

ご記入いただける範囲で結構です。また、診察時にお聞きになりたいことやご希望などございましたら、遠慮なくご記入ください。ご協力おねがいいたします。

1. 今、一番困っていること、相談したい内容をご記入ください。

2. 上記 1 の症状は、いつ頃からどのようなきっかけではじまりましたか？

3. これまでに精神科・心療内科の薬を服薬したことがあればご記入ください。

効果があった薬	
効果がなかった薬	
副作用が出た薬	
その他(効果が分からなかった薬)	

4. これまでに、お身体の病気で手術・入院したことがあればご記入ください。

いつ頃	病名	医療機関名
才頃		
才頃		
才頃		

5. 現在、お身体の病気で通院している病気があればご記入ください。

いつ頃から	病名	医療機関名
才頃		
才頃		
才頃		

6. 薬、食べ物によるアレルギーがあれば教えてください。

7. ご家族について詳しく教えてください。

- ① ご両親 [父] ( )歳 [母] ( )歳  
 ご両親が亡くなられている場合(例 父・脳梗塞により65歳: )  
 ご両親の離婚歴 なし あり(ご自身が何歳の時: )
- ② 兄弟姉妹 なし あり ( 人きょうだいの 番目)
- ③ ご自身の結婚 未婚 既婚( )歳 離婚( )歳 再婚( )歳
- ④ 子ども なし あり (例 男12歳、女6歳: )
- ⑤ 現在同居している方 なし あり(例 父、母、兄 等: )

8. 教育歴・職歴について詳しく教えてください。

① 最終学歴

中学校 高校 専門学校 短期大学 大学 大学院 ⇒ 中退 在学中 卒業

② 職歴

時期	職業
歳～ 歳	
歳～ 歳	
歳～ 歳	

③現在休職中の方

病名	期限	年	月から	年	月まで

9. 嗜好品等について教えてください。

① アルコール

ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む(1日 を 杯・本 くらい)

② タバコ

吸わない 吸う( 歳から、1日 本くらい)

③ よく使用する以下のものはありますか？

栄養ドリンク 市販薬( )

サプリメント類( )

頻度：必要時 時々 ほぼ毎日 どれくらい(量)：( )

④ その他(違法薬物・シンナー等)

使用歴なし 使用歴あり(薬物名： 期間： ～ )

10.※女性の方：妊娠されている、あるいはその可能性はありますか？

あり( 週目) なし

11.診察時にお聞きになりたいことや、ご希望があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

こころのクリニック八王子