

問 診 票

記入日 (令和 年 月 日)

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 歳 男・女

記入者氏名 _____ 続柄 _____

住所 〒 _____

電話 _____

1. どのような事でお困りですか？当てはまる事があれば、番号に○をつけてください。

- 1) 眠れない 2) ゆううつ 3) やる気がでない 4) 気分が不安定
5) イライラする 6) 集中できない 7) 自分の行動にコントロールがきかない
8) 不安・緊張 9) パニック・過呼吸 10) こだわりが強い 11) 拒食・過食
12) 体調が悪い 13) 物忘れが増えた 14) その他 ()

2. その症状はいつ頃からですか？

- 1) 1～4日前から 2) 1～2週間前から 3) 1カ月前から 4) それ以上

3. 他の精神科・心療内科を受診されたことはありますか？

(はい：病院・クリニック名 _____ いいえ)

『はい』の場合：紹介状をお持ちですか？ (はい・いいえ)

4. 睡眠薬や安定剤をもらったことはありますか？ (はい・いいえ)

5. アレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

薬物 () その他 ()

6. 今までにかかった病気はありますか？

(はい：病名 _____ いいえ)

7. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか？

(はい：病名 _____ いいえ)

8. 現在服用中のお薬はありますか？ (はい・いいえ)

(お薬手帳をお持ちでしたら拝見させていただきます。)

9. 女性の方のみ。現在妊娠されていますか？ (はい・いいえ)