

問診票

20 年 月 日

1. ご本人情報

ふりがな

お名前

性別 男・女・その他

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生 () 才

住所 〒

電話番号

緊急連絡先の電話番号 (続柄)

●どのように当院のことをお知りになりましたか？

インターネット・チラシ・直接見て・知人に聞いて・駅看板・その他 ()

2. 症状

●来院の理由 (一番困っていること、一番つらいこと)

(どのようなこと)

(いつごろから)

(きっかけ・人間関係や環境変化)

●その症状で今までに治療を受けたことがありますか？

病院名 _____ 診療科 _____ (年 月ごろ)

病院名 _____ 診療科 _____ (年 月ごろ)

病院名 _____ 診療科 _____ (年 月ごろ)

(どのような治療を受けましたか？カウンセリングの有無、飲んでいた薬など)

●薬の希望 (こだわりはない・西洋薬中心・漢方薬中心・西洋薬のみ・漢方薬のみ・薬は飲みたくない)

●臨床心理士によるカウンセリングの希望 (希望する・希望しない)

※裏面もご記入ください。

3. その他の症状

- 睡眠 (眠れている・眠れない・眠り過ぎ・眠れているが眠った気がしない・日中眠い)
- 食欲 (普通・あり過ぎる・ない) → 体重変化 (大きな変動はない・減っている・増えている)
- 便秘 (問題ない・下痢・便秘・便秘や下痢を繰り返す)
- 頭痛 (常に・時々・ない) → 頭痛薬 (頭痛薬名:) を、週に() 程度使う
- 不安 (ない・時々ある・しばしばあり生活に支障がある)
- ゆううつな気分 (ない・時々ある・しばしばあり生活に支障がある)
- イライラする (ない・時々ある・しばしばあり生活に支障がある)
- 死にたい気持ち (ない・時々ある・しばしばあり生活に支障がある)
- 月経周期 (規則的・不規則・閉経) ●月経痛 (強い・人並・あまりない)
- 月経前の気分の波 (感じない・落ち込む・イライラする)
- 経血 (塊状・さらさらして多い・どちらでもない)
- 妊娠の可能性 (あり・なし) ●授乳 (あり・なし)

4. 既往歴

- 現在治療中の病気はありますか？
 - 高血圧 あり・治療中 (薬:)・なし
 - 糖尿病 あり・治療中 (薬:)・なし
 - 緑内障 あり・治療中 (薬:)・なし
 - 心臓病 あり・治療中 (薬:)・なし
 - 不整脈 あり・治療中 (薬:)・なし
 - 前立腺肥大症 あり・治療中 (薬:)・なし
 - がん あり・治療中 (薬:)・なし
 - その他

- 過去に身体面の病気をしたことはありますか？ はい (下に詳しくお書きください)・いいえ

- 入院歴 あり (病名)・なし
- 手術歴 あり (病名)・なし

5. その他

- 現在内服中の薬・サプリメント・使用中の外用薬はありますか？ (ある・ない)
(※薬手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方はお見せください)

- 今までに薬剤の副作用・アレルギーを経験したことはありますか？ (ある・ない)

- 食物・その他アレルギーはありますか？ (ある・ない)

- アルコール飲みますか？ はい 頻度 () 日/週 量 () ・いいえ
- タバコを吸いますか？ はい () 本/日 年数 () 年 ・いいえ
- シンナー・大麻・麻薬・覚せい剤・エクスシー (MDMA) などの使用経験はありますか？
ある・ない (※病状の把握のみに利用し、当局に報告は一切致しません。)