

問 診 票

ID:

(はじめて受診される方用 Ver.1.1.2)

下記事項にご記入、または該当項目にチェック☑をしてください。記入者がご本人でない場合でも、ご本人の申し出、ご意向を記入するようにしてください。ご家族の希望については初診時に直接お伺いします。

受診される方のお名前^{ふりがな} () () 歳

最終学歴 中学校 高等学校 専門学校 短期大学 大学 大学院
 卒業 中退 在学中 (年生)

現在のご職業 自営業 会社員 公務員 パート/アルバイト なし

日中の連絡先電話番号 (- -)

緊急連絡先:

氏 名() 続柄() 連絡先(- -)

問診票にご記入された方 ご本人 ご本人以外

お名前 ()

ご関係 ()

1. 現在、お困りのこと (相談したいこと) は何ですか。

2. 調子が悪いと思われはじめたのはいつですか。

年 月ごろ (または 歳ごろ)

3. そのことで医療機関に相談したことはありますか。

ない

ある () 病院 () 科 病名 ()

() 病院 () 科 病名 ()

4. 院外処方せんをお願いできる「かかりつけ薬局」はありますか。

ない

ある

5. 現在治療中の病気はありますか。

ない

ある 病名 () 飲んでいるお薬 ()

病名 () 飲んでいるお薬 ()

お薬手帳の持参 あり なし

6. 以下の症状にあてはまるものはありますか。

睡眠

(過眠・十分・まあまあ・不良)

食欲 (過食・ちょうど良い

食べれば食べられる・不振)

便秘 (快便・便秘・下痢・

下痢と便秘が交替・ガスが多い)

動悸 (あり・なし)

息切れ(あり・なし)

頭痛 (あり・なし)

頭重感 (あり・なし)

肩こり (あり・なし)

しびれ (あり・なし)

何となく周囲が変わった感じがする

(あり・なし)

他人が変な目で見ると (あり・なし)

他人に陰口を言われる(あり・なし)

実際にはないものが見えたり、

聞こえたりする (あり・なし)

人を避け自室に閉じこもる(あり・なし)

疲れやすい (あり・なし)

生理 (規則的・不順)

性欲減退 (あり・なし)

イライラ(強い・中ぐらい・少し・なし)

ゆううつ(強い・中ぐらい・少し・なし)

不安 (強い・中ぐらい・少し・なし)

あせり (強い・中ぐらい・少し・なし)

おっくう感(強い・中ぐらい・少し・なし)

繰り返し確かめないと不安(あり・なし)

死にたい気持ち

(強い・中ぐらい・少し・なし)

おしゃべりになった (あり・なし)

活動し過ぎるようになった(あり・なし)

7. 医薬品や食べ物などで気分が悪くなったり、“じんましん”が出たりしたことはありますか。

ない

ある 具体的に ()

8. 以下のうち、現在使っている嗜好品・市販薬はありますか。

たばこ (1日 本) お酒 (1日 ml)

- 胃腸薬 痛み止め 咳止め 下剤 サプリメント
その他 ()

9. 診察をする上で特に配慮してもらいたいことはありますか。

- ない
ある (宗教/文化に関する事 国籍/人種に関する事 性に関する事)

10. ご家族について

- ご本人は () 人兄弟 (姉妹) の () 番目
現在一緒に暮らしているのは
なし
祖父 祖母 父 母 兄弟 (姉妹) () 人
配偶者 子 () 人
その他 ()

11. 当院を希望された理由はどれですか。

(該当するものすべてにチェックをお願いします)

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 最寄りの病院だから | <input type="checkbox"/> 公立の病院だから |
| <input type="checkbox"/> 専門的な医療機関だから | <input type="checkbox"/> ホームページをみて |
| <input type="checkbox"/> 知人にすすめられて | <input type="checkbox"/> 紹介状を渡されて |
| <input type="checkbox"/> 交通の便がよいから | <input type="checkbox"/> 駐車場が広いから |
| <input type="checkbox"/> 早めに予約が取れたから | <input type="checkbox"/> その他 () |

12. その他、ご質問やご希望などがございましたらご記入ください。

ご記入いただき、ありがとうございました。