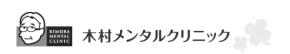
No.	

初診問診票

- * 以下の問診票は診察の重要な参考となります。お手数ですが、分かる範囲・書ける範囲で構いませんので、ご記入ください。
- * ご不明な点は受付・看護師にお気軽にお尋ねください。後ほど詳しいお話をお伺いしますので、簡単なご記入で構いません。

			記入	、日	年	月	日
	ふりがな			生 年	月日		
お名前			大正				
02.77 (1)			昭和	年	月	日	
			平成				
	〒						
住所							
電話番号							
臨時休診等の	」 場合、クリニックからご連絡を		141		. =		
さしあげても	よろしいでしょ う か?		ızı	· • ()(ハス		
いくつでも 不眠 物忘れ 診断書希望	Dようなことで相談にいらっしゃい 古構いませんので、□にレ点(チェ □ 不安 □ 緊張 □ パニック □ PMS(型 □ その他 はいつ頃から続いていますか? _年月から	ェックマーク)	うつ ロ	意欲低下			
相談したい	内容(今一番、困っていること)						

3.	現在の健康状	状態について、教えてください。(分かる範囲で結構です)	
	食欲 □	□ あり □ なし ・体重の増減 □ 増えた □	減った
	• 便通 [□ 硬い □ 普通 □ 軟らかい □ 下痢 □	〕 血便
	4.今までにカ	かかったことにある病気を教えてください。薬物療法を行う上で重	重要な情報になります
	□ 高血圧	王 □ 糖尿病 □ 高脂血症	
	食べ物やお薬	薬のアレルギーはありますか?薬物療法を行う上で重要な情報にな	よります。
	□ ない□ ある _		
	現在、病院で	で貰っているお薬はありますか?薬物療法を行う上で重要な情報に	こなります。
	□ ない □ ある <u>事</u>	薬剤名:	
4.	睡眠について	て教えてください。	
	睡眠時間は	は 平均()時間 就寝()時 起床()時
	□ 寝付きか	が悪い □ 途中で目が覚める □ 朝早く目が覚める □ 眠気] 熟睡感がない
5.	女性の方のみ	み教えてください。薬物療法を行う上で重要になります。	
	妊娠	□いいえ □はい(妊娠 <u></u> ヶ月) □ 可能性	生あり
	授乳	□いいえ □はい	
	症状は生理周	周期に伴い変化しますか? □いいえ □はい ()
6.	嗜好品につい	いて教えてください。	
	タバコ	□ 吸わない□ 吸う 1日本くらい	
	アルコール	□ 飲まない □ 飲む □ 機会があれば飲む	



٠.	あなたの生活歴について教えて	(\/\center{c}\)	
	① 出生地	<u> </u>	
	② 配偶者 パートナー	□ いる □ いない	
	③ 子ども	□ いる □ いない	
	④ 治療にあたりあなたを支え	えてくれる人を教えてください。	
	⑤ 最終学歴 □中学 □高村	交 □大学 □専門学校 → □在学中 □	中退 □卒業
	⑥ 現在の職業		
	⑦ 血縁者の中に、精神科/	心療内科にかかったことのある方はおられます	か?
	□ いない □ 知	うない □ いる <u></u>	
	⑧ 今までに心療内科・精神科	料を受診したことがありますか?	
	□ ある □ ない		
	受診時期	医療機関名	病名
8.	最後に、来院のきっかけを教え	えてください。	
8.		えてください。	□ 看板
8.		□ ホームページ・インターネットを見て	□ 看板
8.	□ タウンページを見て	□ ホームページ・インターネットを見て	□ 看板
8.	□ タウンページを見て□ 家族、友人、知人から聞い□ 他の医療機関からの紹介★ 初診時に血液検査をさせて	□ ホームページ・インターネットを見て いて □ その他 □ こぼく場合があります	
8.	□ タウンページを見て□ 家族、友人、知人から聞い□ 他の医療機関からの紹介★ 初診時に血液検査をさせて	□ ホームページ・インターネットを見て ハて □ その他 ご頂く場合があります こした。ご記入後、受付へお渡しください	

