

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

お名前	ふりがな	生年月日
		大正 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 さしあげてもよろしいでしょうか？	はい ・ いいえ	

1. 本日はどのようなことで相談にいらっしゃいましたか？

いくつでも構いませんので、□にレ点（チェックマーク）をしてください。

- 不眠 不安 緊張 憂うつ 意欲低下 集中力低下
- 物忘れ パニック PMS（月経前症候群） 更年期障害 対人恐怖
- 診断書希望 その他

2. その症状はいつ頃から続いていますか？

_____年_____月から

相談したい内容（今一番、困っていること）



3. 現在の健康状態について、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
- ・便秘 硬い 普通 軟らかい 下痢 血便

4. 今までにかかったことのある病気を教えてください。薬物療法を行う上で重要な情報になります。

- 高血圧 糖尿病 高脂血症
-

食べ物やお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ります。

- ない
- ある _____

現在、病院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なります。

- ない
- ある 薬剤名： _____ ピル _____

4. 睡眠について教えてください。

睡眠時間は 平均 () 時間 就寝 () 時 起床 () 時

- 寝付きが悪い 途中で目が覚める 朝早く目が覚める 熟睡感がない
- 日中の眠気

5. 女性の方のみ教えてください。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 _____ヶ月) 可能性あり

授乳 いいえ はい

症状は生理周期に伴い変化しますか？ いいえ はい ()

6. 嗜好品につ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



7. あなたの生活歴について教えてください。

① 出生地 _____

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てくれる人を教えてください。 _____

⑤ 最終学歴 中学 高校 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 知らない いる _____

⑧ 今までに心療内科・精神科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てください。

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

家族、友人、知人から聞いて その他 _____

他の医療機関からの紹介

★ 初診時に血液検査をさせて頂く場合があります

ご協力ありがとうございました。ご記入後、受付へお渡しください。順番が来たら
お呼びいたしますので、お待ちください。

