

No. \_\_\_\_\_

# 薬の相談 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. 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

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 \_\_\_\_\_

2. 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



3. 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 ( )

4. 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

5. 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



6. 告知されている診断名を教えてください。

---

7. 今、服用している薬を教えてください。

お薬手帳 参照

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、受付へお渡してください。順番が来たら  
お呼びいたしますので、お待ちください。

