

* 問 診 票 *

受診年月日	令和 年 月 日				時 分	
フリガナ		男・女	生 年 月 日	大・昭・平		
氏名				年 月 日 (才)		
連絡先	自宅 ()		携帯電話 ()			
住所	〒					
緊急連絡先1	(続柄: 氏名:)					
緊急連絡先2	(続柄: 氏名:)					

● **マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか?** はい いいえ

【患者さまについて教えてください。】

● 最終学歴を教えてください。 ()

● 職歴について教えてください。

いつ頃	会社名	役職・業務内容

● **今の病状の原因が第三者によるものでない場合、下記に☑をして下さい。(☑がない場合、保険外診察となります。)**

第三者行為による傷病ではない ※交通事故が原因、他人による暴力行為が原因などではない。

● 学校・職場・家庭でのトラブルがありましたら、教えてください。

【ご家族について教えてください。あてはまる項目に☑をしてください。】

● ご両親 [父] (歳) [母] (歳)

ご両親が亡くなられている場合 (例 父 心筋梗塞により 58歳:)

ご両親の離婚歴 なし あり

● 兄弟姉妹 なし あり (人中 番目)

● ご自身の結婚 未婚 既婚 (歳) 再婚 (歳)

● 子ども なし あり (例 男13歳、女5歳:)

● 現在同居している方 なし あり (例 父、母、兄:)

● ご家族で今まで精神科や心療内科に通院された方はいらっしゃいますか。

いない いる (関係:)

【今の状態について教えてください。あてはまる項目に☑をしてください。】

● 今回の受診はどなたの意向ですか。

自分から 家族の勧め 知人・友人の勧め その他 ()

● この問診票を記入しているのはどなたですか。

本人 家族 ()

その他 ()



※裏面もご記入をお願いします。

❁ 問 診 票 ❁

【今の状態について教えてください。】

● どのようなことでお困りですか。

● それはいつ頃からですか。

● 症状が出てから今回の受診まで どのようにされてきましたか。

例) 徐々に悪化したが、～年頃に〇〇クリニックに通い、一旦改善したが、また悪化した。

● 現在、常用されている精神科の薬はありますか。

● 不眠時や不安が強い時に服用している薬などはありますか。

● 現在、常用している内科の薬や、その他のお薬はありますか。

● 以前かかった病気や、治療中の病気はありますか。

● 薬・食物によるアレルギーや、副作用歴があれば教えてください。

なし あり ()

● タバコは吸われますか。 吸う (1日 本・ 歳から) 吸わない

● アルコールは飲まれますか。 ほとんど飲まない 機会があれば飲む
 ほぼ毎日飲む (1日 を くらい)

● 妊娠の可能性はありますか。 なし あり
ありの方→尿検査は希望されますか。 する しない

● タトゥー・入れ墨はありますか。(当院は基本的にタトゥー・入れ墨のある方の入院はお断りしています。)
 なし あり

● シンナー・危険ドラッグ・覚せい剤・大麻などの使用歴はありますか。
 あり (いつ頃 何を) なし

【当院受診に至った経緯について教えてください。】

● 当院を知ったきっかけ(下記選択肢欄から3つ以内であてはまる番号をご記入下さい。)

● 今回当院に来院した理由(下記選択肢欄からあてはまる番号をご記入下さい。)

当院を知った きっかけ・ 来院理由	1. 医療施設や設備が良いから	2. 他の医療機関からの紹介で
	3. 良い医師がいるから	4. 家族や知人のすすめで
	5. 言葉使いや態度など対応が良いから	6. 家や通勤先などから近いから
	7. 評判が良いから	8. 駐車場が広い(ある)から
	9. 待ち時間が少ないから	10. 当院のホームページをみて
	11. 先日来院したが定員のため受けられなかったから	



● お聞きになりたいことや 診察に関するご希望があれば、なんでもお書きください。

● 個人情報につきましては、院内掲示している「個人情報保護方針」に従い、取扱いさせていただきます。