

## 心療内科・精神科 問診票(※裏面あり)

カルテNo.

記入日：令和 年 月 日

記入者： 本人 ・ 配偶者 ・ 父 ・ 母 ・ その他 ( )	
フリガナ：	お仕事：
氏名： (男・女)	
生年月日： 大・昭・平 年 月 日 (満 歳)	
住所：	
電話：自宅	緊急連絡先(携帯)

1. 今日相談したいことはどんなんことですか (必ずご記入ください)。

眠れない・食欲が無い・気分がすぐれない・体調が悪い・物忘れがひどい・薬が合わない・その他  
⇒上記について詳しく .....  
.....

2. 当院をどこでお知りになりましたか。

- ① 広告や看板を見た                            ② 当院ホームページを見た  
 ③ 他院から紹介された (紹介元： )  
 ④ (家族・知人・その他) から勧められた    ⑤ その他 ( )

3. これまでに心療内科・精神科などを受診したことありますか。( ある / ない )

( ) 歳ごろ 受診理由： 医療機関名：

( ) 歳ごろ 受診理由： 医療機関名：

4. 大きな病気や怪我をしたり、手術を受けたことがありますか。( ある / ない )

( ) 歳ごろ 病名： 医療機関名：

( ) 歳ごろ 病名： 医療機関名：

5. お持ちのご病気があれば○で囲んでください (必ずご記入ください)。

糖尿病 / 緑内障 / ぜんそく / 前立腺肥大 / 重症筋無力症  
 脳卒中 / てんかん / 心臓病 / 高血圧 / 胃十二指腸潰瘍  
 肝臓病 / 腎臓病 / 高脂血症 / 甲状腺疾患 / 婦人科疾患( )  
 アレルギー( ) / その他( ) / 特になし

6. 現在服用しているお薬(市販薬・サプリも含めて)はありますか。( ある / ない )

薬剤名 :

処方された医療機関名 :

薬剤名 :

処方された医療機関名 :

7. アルコールやたばこをたしなみますか。

アルコール : 飲まない・時々・ほぼ毎日 (飲酒開始 歳頃から・習慣飲酒 歳頃から)

お酒の種類と1日の量 : ビール・発泡酒 ml・日本酒 合・その他

たばこ : 吸わない ・ やめた ・ 吸う ( 歳頃から・1日の本数 : 本 )

8. 女性の方にお尋ねします。

現在妊娠中あるいはその可能性がありますか。(はい: ヶ月 / いいえ / 分からない )

現在授乳中ですか。( はい / いいえ )

9. ご家族や血縁の方で、心療内科や精神科で治療を受けた方はいらっしゃいますか。

( はい / いいえ )

具体的には :

10. 家族構成について教えて下さい。

結婚していますか。 未婚 / ( ) 歳で結婚 / ( ) 歳で離婚 ・死別

子供はいますか。 息子 ( ) 人・娘 ( ) 人 / いない

両親は健在ですか。

・父( 健在 / 施設入所中 / 年ごろに で亡くなった )

・母( 健在 / 施設入所中 / 年ごろに で亡くなった )

11. 生活環境について教えて下さい。

・家族と同居( 誰と? ) の 人暮らし )

・一人暮らし( 一軒家 / アパートやマンションなど / 社宅や寮など )

12. その他に伝えておきたいことがあれば、ご自由にお書きください。