

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がありますか。（ 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ください。

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ください。

・家族と同居(誰と? 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。