

問診票 (全3枚)

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 氏名：	男・女	利き手：右手・左手
お仕事：		
生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日（満 歳）		
住所：〒 -		
電話：自宅 携帯		
緊急連絡先（家族など）※できるだけご記入下さい：		
マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ 当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。		

1. 今日相談したいことはどんなことですか（必ず記入してください）。

- 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
その他 _____

⇒上記について詳しく教えてください（いつ頃から、きっかけ、どんな症状で始まったか等）。

2. 当院をどこで知りましたか。

- 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 _____ ⇒紹介状：あり なし
④（家族・知人・ ）から勧められた ⑤その他（SNS等） _____

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：

- これらの項目は適切な診断や治療を行なう上で大切な情報となりますので、ご協力ください。
- 法令による守秘義務に基づき、問診票の内容が診療以外の目的に用いられることはありません。

5. 現在、他の医療機関に通院していますか。 通院中 通院していない

医療機関名： 最終受診日： 年 月頃 治療内容：

医療機関名： 最終受診日： 年 月頃 治療内容：

6. この1年間に特定健診または高齢者健診を受診しましたか。 はい いいえ

7. 持病やアレルギーがあれば○で囲んでください(必ず記入してください)。

特になし 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 _____

8. 服用中のお薬(市販薬・サプリ等も含む)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：

9. アルコールやたばこをたしなみますか。

①アルコール：飲まない 時々 ほぼ毎日 (「ほぼ毎日」の場合、 歳頃から)

種類と1日の量：ビール・発泡酒 _____ ml 日本酒 _____ 合 その他 _____

②たばこ：吸わない やめた 吸っている (歳頃から・1日の本数： 本)

10. 閉経前の女性の方にお尋ねします。

現在妊娠中またはその可能性がありますか。 ある：妊娠 ヶ月 週目 ない・不明

現在授乳中ですか。 はい いいえ

11. 家族や血縁者に心療内科や精神科で治療を受けた方はいますか。 いる いない

具体的には：

12. 家族構成について教えてください。

①両親は健在ですか。

・父 健在(同居/別居/施設入所中) 死別(年ごろに で死亡)

・母 健在(同居/別居/施設入所中) 死別(年ごろに で死亡)

②兄弟姉妹はいますか。 いる：自分は()人兄弟・姉妹の()番目 いない

⇒いる場合(故人を除く) 兄()人・姉()人・弟()人・妹()人

③結婚していますか。 未婚 既婚：()歳で結婚・()歳で離婚 死別

④子供はいますか。 いる 息子()人・娘()人 いない

- ・これらの項目は適切な診断や治療を行なう上で大切な情報となりますので、ご協力ください。
- ・法令による守秘義務に基づき、問診票の内容が診療以外の目的に用いられることはありません。

