**問診表**　　診察前に必要事項をご記入いただいております。　　　　　　令和　　　　　年　　　月　　　日

ふ　り　が　な

患者氏名： 　明・大・昭・平　　　年　　　月　　　日生　 　　歳（ 男 ・ 女 ）　既婚 ・ 未婚

患者職業 ： 患者連絡先 ： - -

 ☆緊急連絡先をご記入ください。

お名前 　 　　　　　　　緊急連絡先　　　　　　　　‐　　　　　　　‐　　　　　　（続柄　　　　　）

【 記入者に〇を付けてください　：　 　ご本人　・　ご家族　・　付き添いの方　】

【 受診動機 ： ご本人の意思で ・ 周囲にすすめられて ・ 他医院の紹介（名称：　　　　　　　　　　　　　 ）】

1. 今日はどうなさいましたか？（受診された一番強い理由を書いてください。）
2. いつ頃から症状がでましたか？ ： 年 月 日頃から

きっかけや要因は　：　特になし ・ あり　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. その症状の経過を教えてください（ なるべく詳しく書いてください）
2. 現在の症状で当てはまるものすべてに〇をつけてください。

もの忘れ　・　興奮しやすい　・　日時場所がわからない　・　痛みや異常感が気になる

幻覚が見える　・　独り言を言う　・　奇妙な行動をする　・　おかしな考えにとりつかれている

不安感　　・　 イライラする　　・　　 ゆううつな感じ　 ・　 頭の回転が悪い　　・　　食欲がない

調子が悪い　・　 しゃべりすぎる　　・　 朝早く目覚める　　・　 体が思うように動かない　・　不眠

⑤　以下の当てはまるものに〇をつけてください。

　小学生時代に気が散って忘れ物をしましたか？（　いいえ　・　はい　）

睡眠 ： 良 ・ 不良　（ 寝付けない ・ 途中で目が覚める ・ 朝早く目覚める ）

食欲 ：　良 ・ 不良 、 体重増減　　　ヶ月で　　　　㎏（ 増 ・ 減 ）

便通 ： 良 ・ 不良 （ 下痢 ・ 便秘 ） 、 排尿 ： 良 ・ 不良

月経 ： 順 ・ 不順 、 閉経 ：　　　　歳

⑥ 今まで心療内科・精神科・神経科・神経内科・脳外科を受診したことがありますか？（ いいえ・ はい ）

医療機関名　　　　　　　　　　　　治療期間　　　　　　　 　 　　　　 　病名

（　　　　　　　　　　　　）　（　　年　　月～　　　年　　　月）　（　外来 ・ 入院　）　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（　　　　　　　　　　　　）　（　　年　　月～　　　年　　　月）　（　外来 ・ 入院　）　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（　　　　　　　　　　　　）　（　　年　　月～　　　年　　　月）　（　外来 ・ 入院　）　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑦今までかかったことのある病気に〇を、また以下の質問にお答えください。

（　 ）高血圧　　　（ 　）糖尿病　　　（ 　）緑内障　　　（ 　）喘息

・現在、心臓の病気（不整脈 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・心不全）の治療を受けていますか？（ いいえ ・ はい ）

・今まで健康診断や心電図検査を行って、何らかの指摘をされたことがありますか？（ いいえ　・　はい ）

　⇒それはいつ頃、どのような指摘でしたか？（　　 年　　　月）（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・今まで失神を起こしたことがありますか？（ いいえ ・ はい ：　いつ頃ですか？　【　　　年　　　月】　）

　その他、これまでに大きな病気・けがをしたことがありますか？手術したことはありますか？

医療機関名　　　　　　　　　　治療期間　　　　　　 　 　 病名　　　　　　　　 手術

（　　　　　　　　　　　）（　　年　　月～　　　年　　　月）（　外来 ・ 入院　）（　　　　　　　　　　　　　　）（ 無 ・ 有 ）

（　　　　　　　　　　　）（　　年　　月～　　　年　　　月）（　外来 ・ 入院　）（　　　　　　　　　　　　　　）（ 無 ・ 有 ）

（　　　　　　　　　　　）（　　年　　月～　　　年　　　月）（　外来 ・ 入院　）（　　　　　　　　　　　　　　）（ 無 ・ 有 ）

⑧ 現在、飲んでいる薬はありますか？　ない ・ ある （ 薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑨ お薬・食べ物でアレルギー症状を起こしたことありますか？ ない ・ ある （内容：　　　　　　　　　　 　　）

⑩ご家族について教えてください（ 各年齢をご記入し、同居されている方を囲んでください ）

□：男性　〇：女性

□ ◎：本人

■ ●：他界

□ ◎：本人



記入例

【ご家族でメンタルクリニック・心療内科・精神科などに通われている方はいますか？ （ いない ・ いる ）

⑪今までの生活について教えてください

（お生まれの場所、これまでの住所、職歴、ご結婚歴など）

最終学歴： （成績 ：良 ・ 中 ・ 不良）

宗教 ：　無 ・ 有

趣味 ：

ご自身の性格：　　　 飲酒 ：　　　歳頃から1日　　合（ 毎日 ・週　　回）

煙草 ：　　　歳頃から1日　　本

その他嗜好品：

・その他ご心配の点や、お話しした方が良いことなどがありましたら、お書き下さい。

ご協力ありがとうございました。受付にお出しください。