

問診票

ふりがな				性別
氏名				男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H	年	月	日 / 満 歳
住所	〒			
電話番号	自宅		携帯	
緊急連絡先	氏名 (続柄)			
身長・体重	cm	kg		
女性のみ	妊娠中ですか はい (週) / いいえ			
	授乳中ですか はい / いいえ			

わかる範囲でご記入をお願いします。

1. 今回、相談したい症状を具体的に教えてください。症状は、困っている順にお書きください

2. それらの症状は、いつごろから始まりましたか

現在は、悪くなっている・良くなっている・変わらない

3. 症状が出現したり、悪化したきっかけとなるストレスや出来事があれば教えてください

4. 今までに他の心療内科や精神科を受診したことはありますか

はい ・ いいえ

・ _____ 病院 / 通院期間 _____ ~
・ _____ 病院 / 通院期間 _____ ~
・ _____ 病院 / 通院期間 _____ ~

5. これまでに、大きな病気にかかったことがあれば教えてください（入院や手術を要する病気等）

・ 【例】45 歳頃 糖尿病

・
・
・

6. 現在、他の医療機関に通院されていれば教えてください（病院名、診療科、疾患名）

・ 【例】〇〇クリニック 内科 高血圧

・
・
・

7. 普段、飲んでいるお薬があれば教えてください

☐ ない

☐ ある

()

※ お薬手帳がある場合は、記入を省略し、内服中のお薬がわかるページを開いて受付にお持ち下さい。

8. 食べ物やお薬のアレルギーがあれば教えてください

☐ ない

☐ ある 食べ物 () お薬 ()

9. 当院をお知りになったところを教えてください（複数回答可）

☐ 他院からの紹介（医療機関名： _____ / 紹介状：あり・なし）

☐ インターネット ☐ 家族や知人 ☐ その他 ()

当院は診療情報を取得・活用して診療を行っております。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をお願い致します。

● 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

● この1年間で健診（特定健診や高齢者健診に限る）を受けていますか

はい ・ いいえ ・ わからない

ご記入ありがとうございます。お疲れ様でした。