

初診問診表

(ご記入頂いた個人情報は、当医院での診療に関してのみ使用します。ご本人の同意なく第三者に開示することはありません。)

お名前

■ お困りのことは何ですか

いつ頃からどんな症状があったか等、記載してください

.....
.....
.....

思い当たる原因があれば記載してください

.....
.....

■ 当てはまる症状に を入れてください

- 不安 気が沈む 意欲がない 疲れやすい 物悲しい 元気が無い
- イライラ 緊張 考えがまとまらない 物忘れが気になる 眠れない
- 食欲がない 食欲がありすぎる 元気が良すぎる しゃべりすぎる 興奮
- 誰もいないのに声が聞こえる 見られている気がする なんとなく周囲が変わった
- その他 ()

■ 患者様の元来の性格に を入れてください

- 無口 内気 孤独 心配性 疑り深い 短気 粗暴 くどい
- 真面目 完璧主義 責任感が強い 社交的 世話好き 見栄っ張り
- 人づきあいが好き 人づきあいが苦手 場の空気が読めない こだわりが強い
- その他 ()

■ これまで、精神科や心療内科で治療を受けたことがありますか

医療機関..... 病名..... 年 月～ 年 月 (入院/通院)
医療機関..... 病名..... 年 月～ 年 月 (入院/通院)
医療機関..... 病名..... 年 月～ 年 月 (入院/通院)

■ 現在、お身体の病気で治療中のものはありますか (必須)

- 糖尿病 心疾患 腎臓病 肝障害 高血圧症 てんかん 緑内障
- その他 (.....)

■ 内服中のお薬はありますか

下記に記載いただくか、お薬手帳を提示してください

■ 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか

なし あり (.....)

■ 職歴等についてお伺いします (必須)

出生地：..... 県 最終学歴：..... 卒業 中退

職歴 職種..... 歳～ 歳

職種..... 歳～ 歳

職種..... 歳～ 歳

職種..... 歳～ 歳

結婚歴 : 未婚 既婚 (歳頃) 離婚 (歳頃)

飲酒 : なし あり (飲酒歴.....年、1日.....ml)

喫煙 : なし あり (喫煙歴.....年、1日.....本)

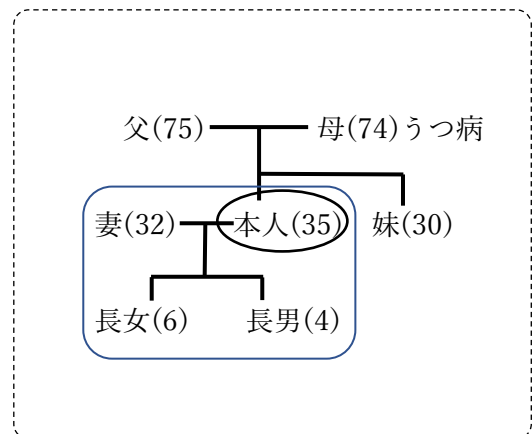
■ 女性の方へ (必須)

妊娠中、またはその可能性がありますか (はい・いいえ)

授乳中ですか (はい・いいえ)

■ 家族構成を教えてください (必須)

例



付添の方や代筆された方はご記入ください。

(付添・代筆 氏名)

(患者様との関係)