

問診票

お手数ですが、わかる範囲で構いませんので、診察を受ける方について、次の各項目にご記入またはチェックをお願いいたします。
書き終わりましたら、職員にお声かけください。

1. ご記入される方 ご本人 家族（続柄 _____） その他（ _____ ）

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正
氏名	男・女		<input type="checkbox"/> 昭和 _____年 _____月 _____日 歳
			<input type="checkbox"/> 平成
現住所	〒 _____		
電話 番号	自宅 携帯	緊急 連絡先	

ご連絡する際、「四十八瀬クリニック」と名乗っても構いませんか？ 良い 悪い

2. 受診を希望される理由をお書きください。

1) 現在あてはまる症状について、チェックしてください

- 眠れない 食欲がない まわりのことが気になる 何かが聞こえてくる 何かが見える
気分が落ち込む イライラする おこりっぽい 不安になる 泣きたくなる 忘れっぽい
何もする気がしない 考えがまとまらない 人に見られている 汗をかきやすい
うわさされている感じ ドキドキする 頭痛 吐き気 ストレスがある

2) それはいつ頃からですか？（ _____年 _____月ころから）

3) これまでに精神的なことで受診したことのある病院があれば記入してください

病院名・診療所名	期間	病名	通院/入院
	～		（通院・入院）
	～		（通院・入院）

3. あなたの健康状態について教えてください。

1) 身長 _____cm 体重 _____kg

体重について、ここ最近（1年以内）で体重の増減がありましたか？

- 変わらない 増えた： _____kgぐらい 減った： _____kgぐらい わからない

2) 身体的な病気やけがで入院にかかったことがありますか？ ない ある

「ある」と答えた方は、下記のあてはまるものがあればチェックしてください。

- 緑内障（ _____歳から） 喘息（ _____歳から） 糖尿病（ _____歳から） 心臓病（ _____歳から）
高血圧（ _____歳から） 肝機能障害（慢性肝炎 肝硬変 肝がん その他 _____）（ _____歳から）
感染性疾患（B型肝炎 C型肝炎 その他 _____）（ _____歳から）
その他 _____（ _____歳から）

3) 現在、通院中の医療機関があればお知らせください

病名	医療機関名	いつから	お薬

4) 常用薬はありますか？ ない ある： _____

5) アレルギーはありますか？ ない ある： _____

6) たばこは吸いますか？ 吸わない やめた 吸う：1日 _____本

7) お酒についてお伺いします。

- (1) お酒は飲みますか? 飲まない 飲む (毎日 週 ___ 回 月 ___ 回 その他 _____)
- (2) 飲む方へ、普段飲むお酒の種類と量を教えてください。(_____ を _____ くらい飲む)
- (3) 最後に飲酒したのはいつですか? (_____)
- (4) 初めて飲酒したのはいつですか? (_____ 歳ごろ)
- (5) 酔ったときはどのようになりますか? (_____)
- (6) お酒が抜けたときはどのようになりますか? (_____)

8) 薬物や脱法ドラッグなどの使用についてお伺います。

- (1) 使用したことがありますか? ない ある (_____ 年ごろに初めて使用した)
- (2) ある方へうかがいます。使用したことの薬物を教えてください。
- シンナー 覚醒剤 危険ドラッグ 大麻 LSD MDMA その他 _____

9) 女性の方にお伺いします。

- (1) 月経は順調ですか? (はい 不順 その他 _____)
- (2) 現在妊娠中ですか? (はい いいえ 可能性がある)
- (3) 現在授乳中ですか? (はい いいえ)

4. あなたのご家族について教えてください。

1) ご家族の構成について

父 _____ 歳 ご職業 _____ 健在 逝去 不明

母 _____ 歳 ご職業 _____ 健在 逝去 不明

きょうだい いない いる _____ 人きょうだいの _____ 番目 わからない

婚姻歴 なし あり _____ 歳の時

配偶者 いない (離婚 別居 死別 その他 _____) いる 現在 _____ 歳 ご職業 _____

子ども いない いる _____ 人 ● _____ 歳 男 女 職業・学年 _____

● _____ 歳 男 女 職業・学年 _____

● _____ 歳 男 女 職業・学年 _____

● _____ 歳 男 女 職業・学年 _____

2) 同居について いない 施設入居中

いる (父 母 きょうだい _____ 人 配偶者 子 _____ 人 祖父母 _____ 人 その他 _____)

3) ご家族、ご親戚の方で、精神科または心療内科にかかったことのある方 いない いる _____

5. これまでと現在の生活について

1) 生まれ育ったところ _____

2) 最終学歴 (学校名 _____) (学部・学科名 _____)

_____ 年 卒業 中退 在学中 (_____ 年生) 休学中 (_____ 年生の _____ 月から)

3) 現在のご職業 在職中 パート・アルバイト 離職中・休職中 無職 学生 主婦 その他

4) 仕事について 勤務年数 _____ 年 _____ ヶ月 入職日 _____ 年 _____ 月 退職日 _____ 年 _____ 月

職業の職種 自営業 公務員 会社員 自由業 その他 _____

現在の役職 一般職 管理職 その他 _____

5) 転職について なし あり (1回 複数回)

6. 当院はどちらでお知りになりましたか?

青山会関連の施設 他の医療機関 役所 (公的機関) 家族 友人 会社

当院ホームページ インターネットの医療機関紹介 その他 _____

ご記入頂き、ありがとうございました。これより、診察の前にお話をきかせていただきます。もうしばらくお待ちください。