

No. \_\_\_\_\_

## 問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ	性別	男 ・ 女
氏名 (御本人)	生年月日	S・H 年 月 日生 ( 歳)
※ご本人以外の場合は、お名前と続柄をご記入ください。 氏名 ( ) 続柄 ( )		
住所 連絡先	〒 電話番号 (自宅 — — ) (携帯 — — ) ※当院よりご連絡を差し上げる際、あさひ・こころのクリニックと名乗ってもよろしいですか? (はい・いいえ)	
職業	勤続 _____ 年	転職歴 なし・あり (前職 _____ 転職回数 _____ 回)
勤務時間	___ 時 ~ ___ 時	週休 ___ 日 残業 なし・あり (月平均 ___ 時間) 休日出勤 なし・あり (月 ___ 回ほど)
最終学歴 (当てはまるものに○をつけてお答えください) 中学・高校・大学・専門・その他 ( ) (学校名 _____ 年 卒業/中退)		
●当院にいらしたきっかけ (当てはまるものに○をつけてお答えください)		
1. 近所だったから 2. 通りがかり 3. 電柱の看板を見て 4. ホームページをみて 5. その他ネットの情報を見て 6. タウンページ 7. お知り合い・ご職場からのご紹介 8. 他の医療機関からのご紹介 9. その他 ( )		
●本日のお困りの内容 (当てはまるもの全てに○を付けてお答えください) _____ 年 _____ 月頃から		
気分が落ち込んでいる ・ 気分が上がりすぎる ・ 気分の波がある ・ 以前楽しめたことが楽しめない・集中できない ・ 物忘れが増えた ・ 何をしても億劫な感じがする ・ 寝つきが悪い ・ 夜中や明け方目が覚めてしまう ・ ぐっすり寝たが気がしない ・ 寝すぎてしまう ・ 食べられない ・ 食べ過ぎてしまう ・ 自分を傷つけてしまう ・ 死んでしまいたいと感じる ・ 落ち着かない ・ 不安を感じる ・ イライラする ・ 動悸がする ・ 息苦しくなる ・ 人前で緊張する ・ 鍵の開け閉めなどが気になる ・ 汚れているのではと気になる ・ 一人にいるときに誰かの声が聞こえる ・ 誰かに見られているような感じがする ・ その他 ( )		
●おおよその経緯、思い当たるきっかけを下記にご記入ください。		
●診察にあたってご希望されることについて当てはまるものに○をつけてお答えください。		
現在の状態がどういった状態がしりたい ・ 現状を改善する方法を知りたい ・ 薬を処方して欲しい 薬に関する説明をして欲しい ・ 診断書を発行して欲しい ・ カンセリングを受けたい ・ セクトホニ希望 その他 ( )		
●これまでに心療内科・精神科に通院したことがありますか? なし・あり (ありの場合下記にご記入ください)		
_____ 年頃 通院先 _____ 診断名 _____ 当時飲んでいた薬があればご記入ください ( ) ※通院したことが複数回ある場合は、下記に追記してください。		
※心療内科・精神科への入院歴 なし・あり _____ 年頃 入院先 _____ 診断名 _____		
●同居している方に○をつけてお答えください。		
父 ・ 母 ・ 兄弟 ( ___ 名) ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 配偶者 (年齢 _____ 歳 結婚 _____ 年目) ・ 子 ( ___ 名) 義父 (年齢 _____ 歳) ・ 義母 (年齢 _____ 歳) ・ その他 ( ) ※離婚歴 なし ・ あり ( _____ 回)		

●生活状況についてご記入ください

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg (体重の増減 なし・あり \_\_\_\_\_ 年頃より \_\_\_\_\_ kg 増・減)  
睡眠時間 \_\_\_\_\_ 時間 ( \_\_\_\_\_ 時～ \_\_\_\_\_ 時) 食欲 なし・普通・あり・波がある  
睡眠状況 昼夜逆転・朝起きられない・寝すぎる・夜中に何度も目を覚ます・朝早い時間に目が覚める・眠りが浅く熟睡感がない  
生理周期 正・不順・閉経 ( \_\_\_\_\_ 才頃) 現在妊娠中ですか? いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ カ月)  
今後の予定について \_\_\_\_\_ ある・ない

●これまでに大きな病気をしたことがありますか? なし・あり (下記に当てはまることがあれば○をつけてお答えください)  
高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・緑内障・前立腺肥大・胃・十二指腸潰瘍・ひきつけ・けいれん・甲状腺疾患  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

現在服薬している薬は? なし・あり ( \_\_\_\_\_ )  
アレルギー なし・あり ( \_\_\_\_\_ )  
アルコール 飲まない・飲む (1日 \_\_\_\_\_ 位) タバコ 吸わない・吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本位)  
これまでに大麻や覚せい剤、シナーなど使用したことがありますか? なし・あり ( \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 年頃)

●血縁のご家族(血のつながっているご家族)についてご記入下さい

父	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命・死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
母	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命・死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
祖父	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命・死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
祖母	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命・死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
兄弟 (男・女)	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命・死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
兄弟 (男・女)	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命・死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
兄弟 (男・女)	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命・死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
兄弟 (男・女)	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命・死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
子 (男・女)	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命・死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
子 (男・女)	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命・死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
子 (男・女)	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命・死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
子 (男・女)	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命・死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他

※上記で足りない場合は、下記に追記してください。

\_\_\_\_\_

●血縁関係にある方が心療内科・精神科に通院していたことはありますか? なし・あり  
通院していた方は? (父・母・兄・姉・弟・妹・子・祖父・祖母・おじ・おば・その他: \_\_\_\_\_ )  
おわりの範囲で詳細を下表にご記入ください。

\_\_\_\_\_

●体質について  
下痢しやすい・便秘しやすい・下痢と便秘をくり返す

●ご自身の性格についてご記入ください  
(長所) \_\_\_\_\_  
(短所) \_\_\_\_\_

●平成 22 年 4 月より明細書の発行が義務化になりました  
明細書 (無料) の発行について (希望する・希望しない)

●ジェネリック (後発品) 医薬品について  
(希望する・希望しない・医師と相談したい)

●その他、何かあればご記入ください。(特に相談をしたいことなど)

※この問診票は診察目的のみ使用します。また、ご本人の同意なく第三者に開示しません。

ご協力ありがとうございました