

患者番号 \_\_\_\_\_

# 問 診 票

1	フリガナ		生年月日 ・ 性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	氏 名					
	住 所	〒	自宅電話			<input type="checkbox"/> 無
			携帯電話			<input type="checkbox"/> 無
緊急 連絡 先	フリガナ		本人との 関係	自宅電話		<input type="checkbox"/> 無
	氏 名			携帯電話		<input type="checkbox"/> 無

- 2 現在どのようなことでお困りですか？当てはまる項目にを付けてください。
- 頭痛    吐き気    ひきつけ    気を失った    物忘れ    イライラする    眠れない  
考えがまとまらない    食欲がない    何もする気がしない    しゃべりすぎる  
実際に無いものが見えたり聞こえたりする    みんなが噂している    被害的である  
奇妙な言動がある    乱暴    浪費（お金を使いすぎる）    不安である  
閉じこもる    大量飲酒    下痢    便秘    日中の眠気  
その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 3 当院に来る前に、どこかでご相談になりましたか？
- いいえ    はい → 相談したところ（ \_\_\_\_\_ ）
- 4 今までに精神科・神経科・心療内科にかかったことがありますか？
- いいえ  
はい → \_\_\_\_\_ 年頃    病院（ 通院 ・ 入院 ）約 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月  
 \_\_\_\_\_ 年頃    病院（ 通院 ・ 入院 ）約 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月  
 \_\_\_\_\_ 年頃    病院（ 通院 ・ 入院 ）約 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月
- 5 現在服用している薬はありますか？
- いいえ    はい → どのような薬ですか？ \_\_\_\_\_
- 6 薬に対するアレルギーがありますか？
- ない    ある → どのような種類に対してですか？ \_\_\_\_\_  
※お薬手帳    有    無
- 7 食べ物に対するアレルギーがありますか？
- ない    ある → どのような種類に対してですか？ \_\_\_\_\_
- 8 お酒は飲まれますか？
- 飲まない    飲む → 1週間にどのくらいですか？ \_\_\_\_\_
- 9 たばこは吸われますか？
- 吸わない    吸う → 1日 \_\_\_\_\_ 本
- 10 過去1ヵ月以内に海外渡航歴はありますか？    あり    なし
- ありの方・・・渡航先（ \_\_\_\_\_ ） 渡航期間（ \_\_\_\_\_ ）

\*\*\* 裏面もご記入ください \*\*\*

11 家族構成について

本人との続柄	氏名および現在の年齢 又は死亡時の年齢	健在・死去	同居・別居	本人との続柄	氏名および現在の年齢 又は死亡時の年齢	健在・死去	同居・別居
父	( )			配偶者	( )		
母	( )			子供	( )		
兄弟姉妹	( )				( )		
	( )				( )		
	( )				( )		
	( )				( )		

12 ご家族やご遺族の中に精神科や心療内科に通院歴がある方がおられますか？

いいえ はい → 続柄をご記入下さい ( )

13 本人の性格特徴にしてください。

内気 社交的 短気 小心 神経質 几帳面 わがまま  
甘えん坊 勝ち気 素直 頑固 楽天的 気難しい 照れ屋 大げさ

14 最終学歴をご記入ください。

学校名 \_\_\_\_\_ ( 卒業 中退 在学中 )  
 ( 成 績 上 中 下 )

15 今までの職業をお書きください

\_\_\_\_\_

16 本人が今までにかかった主な病気・ケガについてお書きください。

才頃	病名	( <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 )
才頃	病名	( <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 )
才頃	病名	( <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 )

17 その他ご記入したいことがございましたらお書きください。

\_\_\_\_\_

18 記入された方のお名前 \_\_\_\_\_ 続柄 ( 本人 その他 )

19 当院をどちらで知りましたか？

知人 ホームページ 駅の看板 その他 ( )

20 通院手段をご記入ください。

車 電車 バス その他 ( )

\*\*\* ご協力ありがとうございました \*\*\*

医療法人社団 輔仁会  
大宮厚生病院