

問 診 表

来院日 年 月 日

ふりがな  
氏名 ( ) 年齢 歳 (男・女) 身長 cm 体重 kg  
 生年月日 (T・S・H 年 月 日生) 職 業 ( : 勤務時間は 時～ 時)  
 ・携帯電話番号( - - ) ・自宅・家族等の予備電話番号( - - )  
 自宅の住所 (〒 - / ) 育った主な土地は ( )  
 主な養育者は ( ) 最終学校名 ( 学校 科) 年卒業  
 ・一番辛い症状は何ですか ( ) ・いつからですか ( 年 月 日頃)  
 ・そのきっかけ、どういった(前駆)症状から始まったかと今日までの経過(症状は強く、多くなったなど)をお聞かせ下さい。来院目的を[子供の心の相談]などと端的にお書きになっても結構です。

( )

書ききれない場合は裏面に記入してください

- ・心療内科または、神経科・精神科にかかったことはありますか？その際お薬は出されましたか？  
 いいえ・はい (病院名: 薬品名: )
- ・今までにかかった病気、手術、ケガとその年齢を書いてください。  
 ( 歳の時、 歳の時、 )
- ・輸血を受けたことが [ある・ない]
- ・食欲… [ある・ない] ・食事時間… [規則正しい・不規則]
- ・睡眠… [よい・眠れない] ・睡眠時間… [ 時～ 時の 時間睡眠 ]
- ・便秘… [普通・下痢・便秘] ・排便回数… [ 日に 回 ]
- ・飲酒… [飲めない・飲む] ・種類は？… [ビール・日本酒・ワイン・その他( )]  
 1日に (本・合・杯) 歳から
- ・喫煙… [吸わない・吸う] 1日に 本、 歳から
- ・食品、薬物でアレルギー・発疹が出たことは？ ない・ある (原因物質: )
- ・下の病気がある場合には○で囲んでください。

ない・ある { 花粉症・アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎 }

家族歴についてお聞かせ下さい

父 ( 歳) …健・否 [現在もしくは没時の病名: ]
母 ( 歳) …健・否 [現在もしくは没時の病名: ]
兄弟(姉妹) … いない・いる (自分は 人中、上から 番目)
兄弟・姉妹 ( 歳) …健・否 [病名: ]
配偶者 …なし・あり ( 歳) …健・否 [病名: ]
子 供 …なし・あり [上から性別と年齢を: ]

- ・お住まいは: ①一軒家 ②アパート ③マンション ④その他 ( )
- ・現在の同居人………… ( 家族及びあなたを含めて 人 )
- ・家庭内に問題が………… [ おおいにある・少しある・ない ]

☆当クリニックはどちらでお知りになりましたか？ [ネット検索(グーグル・ヤフー)、病院紹介、知人・家族、その他]

~♥~女性の方へ~♥~

月経は？ (順調・不規則・無月経・閉経) 今妊娠していますか？ [はい( ヶ月)・いいえ]