

【初診問診表】

当院の問診票は、状況をしっかり把握して診療に役立てるため、一般的なものよりも質問が多くなっております。診察の基本となるものですので、正確にはっきりと省略せずにご記入下さい。

フリガナ	男・女	職業
お名前		
住所 〒 _____		
本人連絡先	家族連絡先	

1. ご家族構成について教えてください。

お名前	年齢	続柄	
	歳		同居 ・ 別居
	歳		同居 ・ 別居
	歳		同居 ・ 別居
	歳		同居 ・ 別居

2. 教育・職歴についてお伺いします。

■最終学歴

() 中学 高校 専門学校 大学 大学院 ・ <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中
--

■職歴

年齢	職種	年齢	職種
歳 ~ 歳		歳 ~ 歳	
歳 ~ 歳		歳 ~ 歳	

3. これまでにかかった病気について教えてください。

年齢	疾患名	医療機関名	現在通院の有無
歳			有 ・ 無
歳			有 ・ 無
歳			有 ・ 無

4. これまでにかかった精神科・心療内科があれば教えてください。

通院期間	診断名	医療機関名	入院の有無
年 月 ~ 年 月			有 ・ 無
年 月 ~ 年 月			有 ・ 無

5. ご家族・ご親族に精神疾患のある方がいますか？

いない いる（続柄： 疾患名： ）（続柄： 疾患名： ）

6. 現在服用中の薬と、その医療機関名を教えてください。

医療機関名	薬の名前

7. 薬・食べ物のアレルギーがあれば教えてください。

ない ある（ ）

8. ご自身の性格について当てはまると思うものにチェックして下さい。

内向的 社交的 神経質 他人に気を遣いすぎる 頑張りすぎる
怒りっぽい 気が長い 責任感が強い 飽きっぽい その他（ ）

9. タバコ・アルコールなどについてお伺いします。

■タバコ

吸わない 吸う（ 歳から、1日 本程度）

■アルコール

ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む（1日の飲酒量 ）

■その他

シンナー・覚せい剤・禁止薬物などの使用歴 あり なし

10. 当院に希望されることは何ですか？

診断や検査を受けたい デイケアの利用をしたい 薬物治療について相談・検討したい
相談をしたい 転院したい セカンドオピニオンを受けたい
診断書を発行してほしい その他（ ）

11. 今回の受診のきっかけをお聞きします。

■当院を受診のきっかけをお聞きします。

家族からのすすめ 知人・友人からのすすめ 他機関からの紹介（ ）
インターネット検索 その他（ ）

■受診前に当院ホームページをご覧になりましたか？ はい いいえ