

【問診票】 初めて診察を受けられる方へ

診療をより適確にするために下記事項にご記入ください。
該当項目にチェックをしてください。

お名前
(患者様)

年齢 10代 20代 30代
40代 50代 60代
70代 80代 90代

1. 問診票を記入しているのはどなたですか？

ご本人 家族 () その他 ()

2. 当院を何で知りましたか。

駅看板 電話帳 ホームページ 紹介 ()

3. 現在の症状（受診理由・一番困っていること）を具体的に詳しくご記入ください。

- 頭痛 吐気 ひきつけ しびれ ふるえ 気を失った 発熱
食欲がない 眼がよくみえない 言葉がもつれる 食事を摂らない
性欲がない イライラ 不安 興奮 気が重い 何もする気がない
いっそ死んでしまいたい 物忘れ 元気がよすぎる 乱暴
職場や学校に行きたくない まちがった行動 しゃべりすぎ
同じことを何回もくり返す 実際にはないものが見えたり聞こえる
みんなが噂している 人が自分を変な眼でみる 人柄が変わった
その他 ()

4. いつ頃からそのような症状がはじまりましたか。

昭和・平成 年 月 日頃から（又は 歳頃）

5. きっかけと思われるもの（原因）はありますか。

ある ない

ある場合の内容 ()

裏面もあります。

6. 今まで精神科・心療内科にかかったことはありますか。 ある ない
年 月 ～ 年 月 医療機関名 () 通院 入院
年 月 ～ 年 月 医療機関名 () 通院 入院

7. ご家族（親族）で精神科・心療内科に関係ある症状をもっている人はいますか。

いる いない 病名 続柄

8. 以前にかかった主な病気、怪我はありますか。 ある ない
(歳の時 病名) 通院 入院
(歳の時 病名) 通院 入院

9. 下記について指摘されたことがありますか。

喘息 高血圧 低血圧 糖尿病 心疾患 肝疾患 腎疾患
ピリン疹 光線過敏症 蕁麻疹 抗生物質ショック 薬による発疹
便秘 アレルギー体質 ()
その他 ()

10. ご家族について教えてください。

兄弟姉妹 なし あり (人きょうだいの 番目)
同居している方 なし あり () 例：父、母、兄
ご自身の結婚 未婚 既婚 (歳) 離婚 (歳) 再婚 (歳)
子ども なし あり () 例：男10歳、女8歳

11. 最終学歴について教えてください。

中学 高校 専門学校 短大 大学 → 卒業 在学中 中退 (年次)

12. アルコールについて教えてください。

飲まない たまに飲む ほぼ毎日飲む (1日 を 本くらい)

13. その他、参考になると思われる事や希望する事があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

医療法人社団 三恵病院
恵友会
(20180427改定)