

問診票

フリガナ			
本人氏名		年 齢 : 歳	性 別 : 男性 ・ 女性
同伴者氏名		続柄 : tel :	
緊急連絡先		続柄 : tel :	

○本日来院された理由についてお伺いします。

今、一番困っている事は、どんな事でしょうか？

いつ頃から：

どんな頻度：

内 容：

○下記に該当するものがありましたら、レ点をつけてください。

元気がない

イライラ、怒りっぽい

何もしたくない

クヨクヨ、ネガティブ、悲観的

眠れない・眠りすぎる

ソワソワ、落ち着かない

食欲がない・食べ過ぎる

消えてしまいたくなる

体が重い

記憶が飛ぶ、物忘れがある

頭が痛い、重い

こわい、不安がある

憂うつ

人に会いたくない

熱、吐き気がある

音、声が気になる

○過去に心療内科、精神科を受診された事がありますか？

ある

ない

医療機関：

いつ頃：

病名や症状：

○食品や薬でアレルギーがありますか？

ある

ない

内容：

症状：

問診票 つづき

○本日は下記のいずれをご持参されましたか？

健康保険証

マイナンバーカードの保険証

○マイナンバーカードの保険証持参された方にお尋ねします。

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得する事に同意されましたか？

同意した

同意していない

○現在、入院・入所されていますか？

はい：

いいえ

○直近1年間で特定健診を受けられましたか？

受けた

受けていない

健診名：

時 期： 年 月ごろ

○現在、他の医療機関から処方された薬を服用されていますか？

服用している

服用していない

医療機関：

病 名：

薬 剤 名：

いつから：

お薬手帳の持参： あり ・ なし

○本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

はい

いいえ

○今までに入院や手術するような大きな病気にかかった事がありますか？

はい

いいえ

医療機関：

いつ頃：

病 名：

治療内容：

○当院をお知りになった方法を教えてください。

インターネット 知人の紹介 医療機関の紹介 その他

○その他、お尋ねしたい事がございましたら、ご記入ください。