

カルテ ID: _____

フリガナ _____

問 診 票①

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名 _____ 男 ・ 女 _____ 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生 _____ 歳

〒 _____

住 所 _____

電話番号 (_____) _____ 職 業 _____

携帯番号 _____

☆当院をどのようにして知りましたか

ホームページ ・ チラシ ・ 看板 ・ 口コミ ・ 知人の紹介 ・ 近所 ・

病院からの紹介(_____) ・ その他(_____)

☆診察の参考にいたしますので、次の事項についてご記入をお願いします☆

* お一人で受診ではない場合 どなたと来院なさいましたか

父 ・ 母 ・ 夫 ・ 妻 ・ 子供 ・ 兄弟姉妹 ・ 親戚 ・ 知人 ・ その他(_____)

* ご本人以外の方が問診票を記載された場合はどなたですか (_____)

* 心療内科・精神科に通院されたことはありますか

いいえ・はい(_____)

* どのようなことでお困りですか (些細なことでもお書きください)

* 今までに入院や手術を要する病気にかかったことはありますか

ある場合(_____)

* 又、下記の病気にかかったことがありますか

なし ・ 高血圧(血縁者で既往 あり ・ なし) 糖尿病(血縁者で既往 あり ・ なし)

心筋梗塞 狭心症 心臓病 脳梗塞 不整脈 肝臓病 腎臓病 喘息 てんかん

心悸亢進(胸がドキドキする) 前立腺肥大症(尿が出にくい) 緑内障(眼圧が高い) その他

* 現在、他の医療機関に通院中ですか

ない ・ ある(_____)

* 現在、処方されている薬はありますか

ない ・ ある(_____)

* これまで薬や食品、その他アレルギーを起こしたことがありますか

ない ・ ある(_____)

* たばこは吸われますか？ 吸う(_____ 年間) _____ 本／日 ・ 吸わない ・ 以前は吸っていた

* アルコールは飲まれますか？ はい ・ いいえ

ビール _____ 本／日 ・ 日本酒 _____ 合／日 ・ ウイスキー _____ 杯／日 ・ その他(_____)

* 家族または親戚で心療内科や精神科に通院されていた方はいますか

いいえ ・ はい(_____)

* なにかご要望がございましたら、ご記入ください。(例) 番号でのお呼び出し希望など