

問診票 (綱島こころクリニック)

受診日 年 月 日

ふりがな		性別
お名前		男・女
生年月日	昭・平 年 月 日	
ご住所	〒	
電話番号	自宅：	携帯：
※ 事務上の連絡	希望する連絡先について、いずれかに○印をつけてください ⇒ 自宅・携帯・その他（ ） ご連絡の際に「綱島こころクリニック」と名乗ってもいいですか ⇒ 可・不可	
緊急時の連絡先 (本人様以外)	(続柄：)	
<p>・ 症状が始まったのは、いつからですか 昭和・平成・令和 年 月 日 ごろから。</p> <p>・ どのような症状ですか (例：気分が沈みこむ、不安が強い、眠れない、食欲がない、動悸がする、など)</p> <p>・ きっかけとなった出来事や原因など、思い当たることがございましたらお書きください。</p>		

症状について、他の心療内科・精神科には相談しましたか

ア) いいえ → (この項目の質問は終了です)

イ) はい

平成・令和 ____年____月____日ごろ_____にて相談。

・その際どのように診断されましたか _____

・どのような治療を受けましたか

わかる範囲で結構ですので、心療内科・精神科で処方されたお薬がございましたらご記入ください。お薬手帳をお持ちでしたら、ご提出ください。

・お薬に関して、何か気になったこと(気になること)はございませんか

・現在、当てはまるものがありましたら、○印をつけてください。

高脂血症・高血圧・緑内障・前立腺肥大症・糖尿病・喘息

・上記以外で、これまでに大きな病気やケガはありましたか

〈例〉交通事故で手術(23才)、高血圧(52才、内科で治療中)

・現在、お体のことで他の医療機関から処方されているお薬がありましたら、ご記入ください。

・過去にアレルギー反応が出たお薬、合わなかったお薬、副作用が強く出たお薬はございますか。該当するものがありましたらご記入ください。

・現在食べ物などのアレルギーはございますか。ございましたら、食品名をご記入ください。

睡眠について

平日 就寝_____時 起床_____時

寝つきが悪い（あり・なし） 途中で目が覚める（あり・なし）

休日 就寝_____時 起床_____時

寝つきが悪い（あり・なし） 途中で目が覚める（あり・なし）

食事について

食欲はありますか？

（ありすぎる・普通・ない）

嗜好品

お酒 ⇒ 週に _____ 日、 1日にビール _____ 本 日本酒 _____ 合

タバコ ⇒ 1日に _____ 本

コーヒー ⇒ 1日に _____ 杯

現在のご職業

下記に、ご家族の続柄・年齢・ご職業・健康状態をご記入ください。

（同居の方と同居以外の方を別々に）

（記入例）

夫 56才、公務員、糖尿病

長女 26才、会社員、健康

同居しているご家族	同居していないご家族

本日の受診のことをご家族は知っていますか

(知っている・知らない)

本日同伴の方はいらっしゃいますか

(いる・いない)

(いらっしゃる場合はご本人との続柄 _____)

※ 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか (はい・いいえ)

授乳中ですか (はい・いいえ)

当院をどのようにしてお知りになりましたか

あてはまるものに○印をつけてください。(複数選択可)

- ・ 当院ホームページ
- ・ インターネット検索 (Google、ヤフー、その他)
- ・ 医療検索サイト (ドクターズファイル、カルー、エキテン その他)
- ・ 看板
- ・ 他院からの紹介
- ・ その他 (_____)

記入者の氏名 _____

(代筆の場合は、ご本人との続柄 _____)

ご協力ありがとうございました