

初診問診票記入のお願い

記入日.....年.....月.....日

当院の診療は特に時間を要するため、待ち時間が長くなります。そこでスムーズな診療のためできる範囲で下記の事項をご記入下さい。

※当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

(ふりがな)

氏名.....殿 年齢.....歳 生年月日 大・昭・平
.....年.....月.....日

住所..... TEL 自宅.....
携帯.....

§ 現在困っている事は何ですか？自分に当てはまる□に✓をつけて下さい。

<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭が重い	<input type="checkbox"/> 吐き気
<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> ひきつけ	<input type="checkbox"/> 胸がドキドキする
<input type="checkbox"/> ロレツが回らない	<input type="checkbox"/> 物忘れ	<input type="checkbox"/> いらいらする
<input type="checkbox"/> なんとなく不安	<input type="checkbox"/> 気が重く沈む	<input type="checkbox"/> もの悲しくなる
<input type="checkbox"/> 何もする気がしない	<input type="checkbox"/> だるい、疲れやすい	<input type="checkbox"/> 無口になった
<input type="checkbox"/> 考えがまとまらない	<input type="checkbox"/> 繰り返し確かめないと不安	<input type="checkbox"/> 死にたくなる
<input type="checkbox"/> 酒がやめられない	<input type="checkbox"/> 他人が変な眼で見る	<input type="checkbox"/> 食欲・性欲がない
<input type="checkbox"/> 他人に陰口を言われる	<input type="checkbox"/> 人を避け自室に閉じこもる	<input type="checkbox"/> 手の震え
<input type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> 他人の視線が気になる	<input type="checkbox"/> 眠れない
<input type="checkbox"/> 辻褄 ^{つじつま} が合わない言動をする	<input type="checkbox"/> 失神	<input type="checkbox"/> 耳鳴り
<input type="checkbox"/> 実際無い物が見え、聞こえる	<input type="checkbox"/> 何事も生き生き感じられない	
		<input type="checkbox"/> 入院治療を希望する

§ アレルギー 有・無 (原因.....)
その他自由にお書き下さい。

§ いつ頃から具合が悪くなりましたか？

昭和・平成・令和.....年.....月頃から (または.....歳頃)

§ 具合が悪くなった原因と思われるものはありますか？

1. ない
2. ある (内容.....)

§ 今までに精神神経科・心療内科の治療を受けたことがありますか？

1. 受けない
2. 受けた 昭和・平成・令和.....年.....月より.....年.....月まで

医療機関名..... 入院・通院

昭和・平成・令和.....年.....月より.....年.....月まで

医療機関名..... 入院・通院

※裏面もご記入下さい

§ 今までにかかった大きな病気・ケガについて書いて下さい。

昭和・平成・令和 _____年 _____月 病名 _____
 昭和・平成・令和 _____年 _____月 病名 _____

§ 患者さんの元来の性格について、自分に当てはまる□に✓をつけて下さい。

<input type="checkbox"/> 無口	<input type="checkbox"/> 内気	<input type="checkbox"/> 独りでいることを好む	<input type="checkbox"/> 冷たい
<input type="checkbox"/> 粘り強い	<input type="checkbox"/> くどい	<input type="checkbox"/> 気が短い	<input type="checkbox"/> 大げさ
<input type="checkbox"/> わがまま	<input type="checkbox"/> 神経質	<input type="checkbox"/> 心配性	<input type="checkbox"/> 几帳面
<input type="checkbox"/> 意志が弱い	<input type="checkbox"/> 世話好き	<input type="checkbox"/> 人付き合いが悪い	<input type="checkbox"/> 甘えん坊
<input type="checkbox"/> 責任感が強い	<input type="checkbox"/> 現実的でない	<input type="checkbox"/> 人から頼まれると断れない	
<input type="checkbox"/> 完全にしないと気が済まない			

§ 教育史・生活史についてお書き下さい。

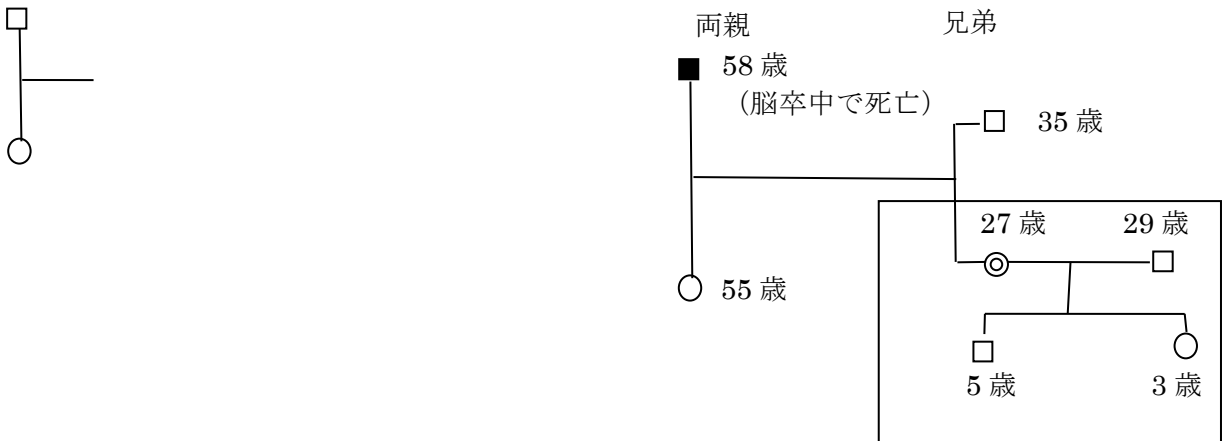
最終卒業学校 (小・中・高・高専・短大・大) 卒業 卒業年 _____年 成績 上・中・下
 生まれたところ _____ (都・道・府・県) 生家の職業 _____

職業歴 _____年から _____年まで
 _____年から _____年まで

結婚歴 未婚・既婚 (結婚 昭和・平成・令和 _____年)
 離婚 (結婚 昭和・平成・令和 _____年 離婚 昭和・平成・令和 _____年)

§ 例を参考にして家系図をお書き下さい。

(男は□、女は○で書き、本人は◎、死亡した方は塗りつぶして下さい。)



※同居の家族を囲んでください

§ タバコ 1. 吸う (1日 _____本) 2. 吸わない
 お酒 1. 飲む (種類: _____量: _____) 2. 飲まない
 いつも飲んでいる薬 1. ある (種類: _____) 2. ない

§ 当病院を何でお知りになりましたか？

1. 広告、看板	2. インターネット、ホームページ	3. 知人、友人の紹介
4. 他医療機関からの紹介 (_____)		5. その他 (_____)

§ 交通手段

1. 車 (本人・家族・その他)	2. 電車、バス	3. 自転車	4. 送迎バス
------------------	----------	--------	---------

§ 同伴者は 1. いない 2. いる (_____)

記入者 _____ 続柄 _____