

問診票

(ふりがな)

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 男性・女性

ご住所 〒 _____

電話 _____ (_____)

ご本人以外で緊急に連絡が取れるかたの連絡先 _____ (_____)

1. どのようなことにお困りで来院されましたか？（以下、書ける範囲でけっこうです）

2. それはいつごろからですか？

(ほかの医療機関に相談したことは、ある・ない)

3. 最近の生活の変化や、きっかけとして思いあたることがあれば、お書きください。

4. 学校や職場のようすについて教えてください。

(会社員の方は、どんな会社でどのような仕事をされているかについても書いてください)

5. お住まいの様子を教えてください

一人暮らし・同居（一緒に住んでいるのは _____ ）

未婚・既婚 配偶者は _____ 歳

子どもはいない・いる（ _____ 人）

お子さんがおられるかたは、上から男女と年齢を書いてください。

（ _____ ）

6. 育ったご家族について教えてください。

両親は _____ に在住

父親 _____ 歳

母親 _____ 歳

（亡くされた方がいらっしゃいましたら、どなたか、いつごろか書いてください）

ご自分は、何人きょうだいの何番目ですか？ _____ 人きょうだいの _____ 番目

上から、兄、姉、弟、妹を、順番に、自分も入れて書いてください。（例、兄、自分 弟、妹）

上から _____

ご家族・ご親戚で、心療内科、精神科に受診した人は、いない・いる（ _____ ）

7. お生まれの場所と、お育ち、今までのお住まいを教えてください。

（ 出身校・最終学歴 _____ ）

8. 今までに大きな病気・けがをしたことはありますか？今治療を受けている病気はありますか？

9. アレルギー—はありますか？とくに、薬や食べ物のアレルギーはありますか

10. 糖尿病はありますか？ご家族に糖尿病の方はいますか？

ある・ない

家族に糖尿病にかかっている人はいる・いない

11. タバコ 吸わない・吸う（1日 _____ 本）

酒 飲まない・付き合い程度・週に _____ 回・毎日

（お酒の種類と量を書いてください _____ ）