

記入日： 年 月 日

記入者： ご本人・その他（ ）

## ＊ ＊ 問診票 ＊ ＊

フリガナ 【お名前】	生年月日：西暦 年 月 日
【住所】〒	年齢： 才
	性別： 男・女
電話： 携帯：	緊急連絡先：氏名 電話（携帯）

1. 今、どのようなことでお困りですか？

気分が落ち込む・眠れない・やる気がでない・外に出るのがおっくう・朝起きれない

その他

( )

2. それは、いつから、どのような感じでしたか？

( )


3. その症状のことで、どこかの心療内科や精神科に受診しましたか？ 【 はい ・ いいえ 】

4. 今まで心療内科や精神科にかかったことはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】  
(病名： )

5. 今までに体のご病気をされたことはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】  
(病名： )

6. 今現在、飲んでいるお薬はありますか？ 【 はい ・ いいえ 】  
(薬の名前： )

7. 今までお薬で具合が悪くなったことはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】  
(薬の名前： )

 裏面につづく

( つづき )

8. 今までに糖尿病、または血糖が高い、と言われたことはありますか？ 【はい ・ いいえ】

9. 今までに心臓のご病気をしたことはありますか？ (不整脈を含む) 【はい ・ いいえ】

10. 今までに腎臓が悪いと言われたことはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

11. 緑内障と診断されたことはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

12. (女性の方) 今現在、妊娠されていますか？ { はい ・ いいえ }

または、授乳されていますか？ { はい ・ いいえ }

13. (検討されている方) 休職などの診断書をご希望ですか？ { はい ・ いいえ }

14. その他、なにかご希望があればご記入ください。

( )

15. このクリニックを何でお知りになりましたか？

{ インターネット ・ 看板 ・ 知り合い ・ その他 ( ) }

{その他、質問2などの症状や経過で書ききれなかったことがありましたら、お書きください}
