

問 診 票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	西暦 年 月 日 ()歳	男・女 その他
住 所	〒		
	自宅TEL (- -) 携帯TEL (- -)		

症状等について

いつから、どのような病状を 生じていらっしゃるでしょうか？ きっかけ・経過など できるだけ具体的に お書き下さい	西暦 年 月頃から (または 歳頃から)
睡眠について	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> その他 <small>詳細</small> () 睡眠時間：1日平均()時間
食欲について	<input type="checkbox"/> かなりある(過食) <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 全くない
これまでに心療内科や精神科を受診したことがありますか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 病院名： 期間：(年 月から 年 月まで)
これまでに心療内科・精神科の薬を服用した事がありますか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 現在服薬中の薬： 効果がなかった薬： 副作用が出た薬：
これまでの身体の病気、入院、手術などについて	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 病名： 西暦 年 月頃
食物・薬物のアレルギーの有無	食物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	薬物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

その他

<p>【生活歴】 お生まれお育ちについて 教えてください。</p>	出身地（幼少・児童・思春期を過ごした場所など）	
	生育環境（幼少期の家庭環境、親戚や近所との関係など）	
	教育歴（通学した学校、成績、転校、いじめ・不登校など）	
	職業歴（職種、会社、部署、人間関係、退職・転職、現在の職業など）	
	家庭環境（現在の家庭、生活、近所や親戚との関係など）	
嗜好について	飲酒（週 回 / 1日の量)	喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（1日 本 / 年間）
ご自分の性格について （○をつけて下さい）	<p>明るい・真面目・おおらか・謙虚・社交的・物静か・飽きやすい・負けず嫌い・凝り性 責任感が強い・協調性がある・頑固・潔癖・融通がきかない・臆病・自信がない・楽観的 気にしやすい・気配り上手・人見知り・その他()</p>	
当院は どちらでお知りになりましたか？	<p>* 紹介 * 評判を聞いて * 当院ホームページを見て * 医療機関 口コミを見て * 広告を見て * その他 ()</p>	