



問診票

フリガナ	年 月 日生 (歳)	職業
氏名	住所 〒	

電話番号 自宅: _____ 携帯電話: _____

■**症状**: 下記の項目で現在ある症状をチェックして、いつ頃からどのような症状があったかをご記入ください。

何かきっかけになる出来事がありましたら、一緒にご記入ください。

(例: 2010年4月に部署異動した後、多忙になり8月頃より不眠、倦怠感が強まった。)

- 気分の落ち込み
 不安・焦り
 緊張・くつろげない
 食欲不振
 過食
 不眠(寝付けない・途中で目が覚める・早朝に目覚める・熟睡感がない)
 筋肉痛(肩こり・腰痛など)
 集中力・記憶力減退
 イライラする・怒りっぽい
 疲れやすい・怠惰感

■**通院歴**: 過去に他の精神科・心療内科に通院されていた場合、下記にご記入ください。

年 月～	年 月	医療機関名()
年 月～	年 月	医療機関名()
年 月～	年 月	医療機関名()

■**既往歴**: 過去に体の病気で通院されたり、手術をされた場合、下記にご記入ください。

① 歳時 病名()	③ 歳時 病名()
② 歳時 病名()	④ 歳時 病名()

■**飲酒**される方は頻度と両をご記入ください。

日 / 週 量() - / + ()

■**お薬**を服用中であればご記入

■**家族歴**: ご兄弟・ご姉妹がいらしたら、ご家族の構成をご記入ください。

ご家族、ご親戚で精神的な問題があった方がいらしたら、ご記入ください。

(例: 父親うつ病で通院 母パニック障害 など)

■**その他**, 治療について何かご希望があればご記入ください。

■**当院**を受診しようと思われたきっかけがございましたら、お教えてください。

- ホームページ
 医療機関の紹介
 知人・友人の紹介
 会社保健管理室等の紹介
 看板を見て
 その他()