



【問診票】

西暦 20 年 月 日

受診者のお名前 ふりがな \_\_\_\_\_ ( 歳)、記入者 本人 関係者(続柄 \_\_\_\_\_)

該当のものに もしくは を記入してください

- ・現在の身長は \_\_\_\_\_ c m 体重 \_\_\_\_\_ kg
- ・アルコールは 飲まない たまに飲む よく飲む ほぼ毎日のむ
- ・たばこは 吸わない 吸う → 1日 \_\_\_\_\_ 本位
- ・精神作用物質(シンナーなど)を摂取したことが なし あり
- ・女性の方は妊娠の可能性 なし あり 授乳 なし あり
- ・アレルギーは なし
- ある場合 薬や食品(種類 \_\_\_\_\_)・花粉症・アトピー・喘息  
その他( \_\_\_\_\_)

- ・緑内障 なし あり
- ・糖尿病 なし あり
- ・血圧、心疾患 なし あり( \_\_\_\_\_ )
- ・もし、今までにかかったご病気があればその病名と発症したご年齢を記載下さい。

① 病名 \_\_\_\_\_ ( 歳)      ② 病名 \_\_\_\_\_ ( 歳)

1、今回、治したい症状・お困りのこと、それはいつからかをお書きください。

- ② \_\_\_\_\_ ( 年 月 日頃から)
- ③ \_\_\_\_\_ ( 年 月 日頃から)
- ④ \_\_\_\_\_ ( 年 月 日頃から)

2、今まで他の精神・心療内科に受診されたことはありますか？ なし あり  
ありの場合差し支えなければ病院名を教えてください。

3、現在飲まれている、ないしは飲んでいた薬は なし あり  
ありの場合お薬手帳をお持ちの方は診察時にご提示ください。

4、医師・医療へのご要望があればご記入ください。