

問診票

フリガナ

令和 年 月 日 記入

受診者のお名前 _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(記入者が受診者以外の場合：お名前 _____ 受診者との関係 _____)

ご自宅の電話番号() _____ ご本人の携帯() _____

住 所 () _____

あなたの病状について問い合わせがあった場合お伝えしてよろしいですか(はい・いいえ)

※「はい」の方にお聞きします。どの範囲までお話してもよいですか？

(配偶者・子供・両親・職場の上司・その他)

1. どのような症状で受診なさいましたか？ あてはまるものに○をつけてください。

<こころ・行動の症状>

- () 気持ちが沈む・憂うつ () 仕事・学校に行くのがおっくう
- () 不安な感じがする () イライラする
- () 落ちつかない () 性格が変わったといわれる
- () 実際にはない声や音が聞こえる () 実際にはないものが見える
- () 自分の噂や嫌がらせをされている () 暴力をふるう
- () 物忘れをする・認知症が心配 () お酒をやめたい
- () その他 (自由に記入ください) ()

<からだの症状>

- () 眠れない () 頭痛・頭が重い
- () 食欲がない () 食欲がコントロールできない
- () 便通の異常 (便秘・下痢) () 吐き気・嘔吐
- () 疲れやすい () めまい・ふらつき
- () 息苦しい・胸が苦しい () 動悸

2. 今までで心療内科・精神科を受診したことはありませんか

() ある場合は (病院・医院) いつ頃 ()

3. 現在、からだの病気で他の医療機関に通院していますか

() はい (病院・医院)
何の病気ですか (先生) () ない ()

4. 紹介状はありますか？ お持ちでしたらご提示ください

() ある () ない

5. 現在服用しているお薬はありますか？ お薬手帳・薬剤情報用紙をお持ちでしたらご提示ください

() ある () ない

6. 治療に対する希望や質問などありましたら、自由にご記入ください。

()