



問 診 票

診察をよりスムーズに進めるために、以下の質問にご協力ください。

ご相談の方の氏名	(ふりがな)	生 年 月 日	年 齢
		大 昭 平 令	年 月 日 才
現 住 所	(〒 -)	TEL ()	
その他の緊急連絡先 (氏名/住所/TEL)	(続柄)	(〒 -)	()

1) 来院のきっかけを教えてください(複数選択可)

- ☐ 他の医療機関からの紹介 ☐ 家族・知人の紹介 ☐ 当院のホームページを見た ☐ 通りがかり・看板
☐ その他()

1)-2 (「当院のホームページを見た」を選んだ方のみ)どのデバイスを使って検索しましたか？

- ☐ スマートフォン ☐ PC ☐ タブレット ☐ 覚えていない ☐ その他()

2) 相談のきっかけを教えてください ☐ 本人が自発的に ☐ 知人に勧められて ☐ 家族に勧められて

3) どのような症状でお困りですか？

- ・気分・感情のこと: ☐ 気分が落ち込む ☐ やる気が出ない ☐ イライラしやすい ☐ 気分の波がある
- ・不安・緊張のこと: ☐ 不安が強い ☐ 人前で緊張する ☐ 外出が怖い
- ・睡眠・体のこと: ☐ 寝つきが悪い ☐ 夜中に目が覚める ☐ 朝早く起きてしまう ☐ 疲れが取れない
- ・行動・考えのこと: ☐ 集中できない ☐ 同じことを繰り返してしまう ☐ 食欲の変化がある
- ・上記以外に気になる症状や詳しく伝えたいことがあれば、ご自由にお書きください。

【記入例】夜眠れない／人前で不安になる／仕事に行けない／発達障害の検査をしたい

4) 3)の症状はいつ頃からありますか？(だいたい構いません) ()年()月頃

5) 今までにかかった病気や手術があれば教えてください(複数回答可)

- ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓疾患(不整脈など) ☐ 脳血管疾患(脳梗塞など) ☐ 呼吸器疾患(喘息など)
☐ 腫瘍・がん ☐ 甲状腺疾患 ☐ 腎疾患 ☐ その他()

6) 薬や食べ物などでアレルギーがありますか？ ☐ ない ☐ ある(具体的に:)

7) (女性の方へ)現在妊娠中、または妊娠の可能性がありますか？

- ☐ 妊娠中 ☐ 妊娠の可能性がある ☐ 妊娠の可能性はない ☐ 授乳中

8) 現在服用している薬はありますか？

9) 喫煙はしますか？ ☐ 現在吸っている ☐ 過去に吸っていたがやめた ☐ 吸ったことがない

9)-2 (「現在吸っている」を選んだ方)1日の本数や年数を教えてください

平均して 1日 ()本 × ()歳から

10) 飲酒はしますか？ ☐ 現在飲んでいる ☐ 過去に飲んでしたがやめた ☐ 飲まない

10)-2 (「現在飲んでいる」を選んだ方)種類や頻度を教えてください

- ・種類: ☐ ビール ☐ 酎ハイ・サワー ☐ ワイン ☐ 日本酒 ☐ 焼酎 ☐ ウイスキー
- ・頻度: ☐ 毎日 ☐ 週に4~5回 ☐ 週に1~3回 ☐ 月に数回 ☐ 特別なときだけ

11) 身長、体重を教えてください ()cm ()kg

※裏面にもご記入欄があります。続けてご記入ください。



- 12) 出身地 () 県 () 市
- 13) 最終学歴 ☐ 中学 ☐ 高校 ☐ 専門学校 ☐ 大学 ☐ 大学院 ☐ その他 ()
- 14) 現在の職業 ☐ 会社員 ☐ 公務員 ☐ 自営業 ☐ アルバイト・パート ☐ 学生 ☐ 主婦・主夫
☐ 無職 ☐ その他 ()

15) 同居家族について教えてください(複数選択可)

- ☐ 配偶者・パートナー ☐ 子ども ☐ 両親 ☐ 兄弟・姉妹 ☐ 祖父母 ☐ 一人暮らし
☐ その他 ()

16) 同居者の人数と年齢を教えてください ()

14) これまでに心療内科や精神科、カウンセラーなどで相談したことがありますか？ ☐ ある ☐ ない

14)-2 (ある方のみ) 時期や内容について教えてください

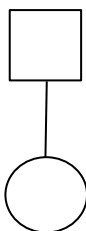
- ・時期: () 歳頃 / () 年頃
・内容:

ここまでお答えいただきありがとうございました。

診察の際にゆっくりお話を伺いますので、気になることがあれば遠慮なくお伝えください。

<以下、スタッフ記載欄>

*ジェノグラム



*メモ(現在の職業、学歴など)

家族の居住地: 続柄 () 住所 () (例: 鹿児島県鹿児島市)