

問診票

ご記入日：西暦 年 月 日

ふりがな お名前		※年齢もご記入ください	男・女
		西暦 年 月 日生（ 歳）	
ご住所	〒 -		
	携帯 TEL（ - ） 自宅 TEL（ - ）		

症状についてお伺いいたします	
現在、一番お困りのことは どんなことでしょうか？ （いつ頃からどのような症状が 現れたかなど、ご自由に ご記入ください）	西暦 年 月ごろから（または 歳頃から）
何か思い当たるきっかけは ございますか？	☐ ある（ ） ☐ ない
睡眠について	☐ 問題なし ☐ 寝付きが悪い ☐ 途中で目が覚める ☐ その他（ ）
食欲について	☐ 問題なし ☐ 食欲低下 ☐ 過食 ☐ その他（ ）
心療内科や精神科などの受診歴 はございますか？	西暦 年 月～ 年 月まで 医療機関名： ☐ 現在通院中
これまでに心療内科や精神科の お薬を服用されたことはござい ますか？	☐ ある ☐ ない あるとお答えの方へ、下記にわかる範囲でお答えください。
	現在服薬中の薬：
	効果があった薬：
	効果がなかった薬：
	副作用が出て合わなかった薬：
お薬や食べ物に対するアレルギー はございますか？	☐ なし ☐ あり 具体的に：
これまでにかけられた身体のご 病気、手術歴などについて	☐ なし ☐ あり 病名：
心療内科・精神科以外で現在服 用中のお薬はございますか？	☐ なし ☐ あり 薬剤名：
女性の方へお伺いいたします	☐ 妊娠中（可能性あり） ☐ 授乳中

裏面に続きます。恐れ入りますが引き続きご記入をお願いいたします。

生育歴・教育歴・職業歴等についてお伺いします	
ご出身地（都道府県）	都道府県
ご兄弟・ご姉妹について	☐ なし ☐ あり
	（ご兄弟・ご姉妹何人中何番目ですか？ 人中 番目）
最終学歴	☐ 中学校 ☐ 高等学校 ☐ 専門学校 ☐ 短期大学 ☐ 大学 ☐ 大学院
	☐ 卒業 ☐ 在学中 ☐ 中退
現在のご職業	
ご結婚について	結婚歴： ☐ なし ☐ あり（ 回）（結婚時の年齢 歳）
	離婚歴： ☐ なし ☐ あり（ 回）（離婚時の年齢 歳）
お子様について	お子様： ☐ なし ☐ あり（ 人）
ご家族について	家族構成：
	※ 同居している方に丸をつけてください ☐ お一人暮らしの方
血縁のご家族、ご親族に 心療内科、精神科の 病気のある方がいますか？	ご関係（ ）病名・状態など（ ）
	ご関係（ ）病名・状態など（ ）
自立支援医療受給者証	☐ なし ☐ あり
精神障害者保健福祉手帳	☐ なし ☐ あり（ 級）

診療にあたってご希望などございますか？（よろしければご記入ください）	
診断書の発行について （別途料金がかかります）	☐ 診断書がほしい（用途： ） 初診の段階では作成が難しい場合やご希望に沿った内容での記載をいたしかねる場合もございますのでご了承ください。
その他ご希望などがございましたら、お書きください。	

ご確認事項 こちらをお読み頂き、チェックとサインをお願いします。	
☐ 心療内科・精神科の診療の性質上、基本的に1回の診察で終了するものではなく、一定期間の定期的な通院が必要となる場合がございます。	
☐ 本日の初診は30分程度のお時間をいただいておりますが、次回以降の再診につきましては、基本的に5分程度の診察となりますことをあらかじめご了承ください。 ご希望の方には、別途カウンセリング（自費）のご案内が可能です。	
☐ 院内では他の患者様のご迷惑とならないようお静かに過ごしいただき、医師やスタッフからのご案内にはご協力をお願いいたします。	
☐ お薬を紛失された等の場合は自費での処方となる場合がございます。ご了承ください。	
上記事項に同意していただける場合は、 ☐ すべてに チェックを入れ、ご署名をお願いいたします。	ご署名：
※緊急時のご連絡先（ご家族様など）（ — ） 続柄：	

ご記入ありがとうございました。こちらの用紙を受付にお渡してください。