

## 問診票

当院へご来院頂きありがとうございます。問診票を基に診断・治療を行ってまいりますので、ご記入にご協力の程、よろしくお願い致します。

本人氏名：\_\_\_\_\_

記載者 本人 ご家族（本人との関係：\_\_\_\_\_ 例：父・母・長男・長女など）  
その他（\_\_\_\_\_ 例：施設職員）

◆今回の受診はどなたの希望によるものですか？

ご自分から 家族のすすめ その他（\_\_\_\_\_）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
 正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1点

◆マイナ保険証をお持ちの方にお伺いします。

マイナ保険証による診察情報取得（マイナ保険証での受付）に同意しますか？

同意する 同意しない

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

持っている 持っていない

1. 今回、来院された目的、困っていることについて下記の中からして下さい。該当項目がない場合、その他に記入をお願いします。

- 気分が沈む 不安 緊張 悲しい 意欲低下 イライラする  
胸がドキドキする（動悸） 音に敏感 食欲低下 食欲過多 他人の視線が気になる  
考えがまとまらない もの忘れ お酒がやめられない  
眠れない（寝つきが悪い 途中で起きる 眠りが浅い 早く目が覚める）  
ミスや不注意がある リストカット 過量服薬 自殺の考えや行動がある  
検査をしてほしい 診断書や書類を作成してほしい（書類名：\_\_\_\_\_）  
その他（具体的に→\_\_\_\_\_）

2. その症状はいつ頃からありますか？きっかけとなる出来事があればご記入下さい。

\_\_\_\_\_

3. 今までに心療内科・精神科を受診したことはありますか？

いいえ はい（病院名：\_\_\_\_\_）

4. ご家族に心療内科・精神科に通院している方（していた方）はいらっしゃいますか？

いない いる（ご関係：\_\_\_\_\_ 病名・状態など：\_\_\_\_\_）

5. 入院は希望されていますか？ いいえ はい ※裏面にもご記入下さい

6. 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ はい (病名：\_\_\_\_\_ 医療機関：\_\_\_\_\_)

7. 今までに緑内障の診断を受けたことはありますか？ いいえ はい

8. 今までに大きな病気や(大)怪我をしたことはありますか？

病名：\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 病院 病名：\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 病院  
病名：\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 病院 病名：\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 病院

9. お薬手帳はお持ちですか？ ある なし

10. 現在、飲んでいる処方薬や市販薬、健康食品(サプリメント)はありますか？

薬・サプリメントの名前：\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. アレルギーはありますか？

いいえ はい(食べ物・薬品など、なるべく具体的に：\_\_\_\_\_)

12. 飲酒や喫煙について教えてください。

飲酒：飲まない 週に\_\_\_\_\_回 毎日⇒量(ビール1缶など)：\_\_\_\_\_

喫煙：吸わない 吸う(\_\_\_\_\_本/日)

13. 【女性の方へ】 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または、授乳中ですか？

いいえ はい(妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

14. 生活についてお聞きします。

・出身地：(\_\_\_\_\_都道府県 \_\_\_\_\_市町村) 外国(\_\_\_\_\_)

・最終学歴：中学 高校 専門学校/短大 大学/大学院

・最終学校名：(\_\_\_\_\_ ) → 中退 在学中 卒業

・現在の勤め先：(会社名：\_\_\_\_\_ 職種：\_\_\_\_\_ 勤続：\_\_\_\_\_年日)

・これまでの職歴：\_\_\_\_\_

\* 現在、休職中の方：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月より休職中

自分の性格(例：真面目・明るいなど)：\_\_\_\_\_

趣味や好きなこと：\_\_\_\_\_

15. ご家族についてうかがいます。例 (T・S・H) 30年生

父：(T・S・H) \_\_\_\_\_年生 母：(T・S・H) \_\_\_\_\_年生

兄弟・姉妹：いない いる 具体的に：本人は\_\_\_\_\_人兄弟の\_\_\_\_\_番目

兄弟：男・女 (S・H・R) \_\_\_\_\_年生 男・女 (S・H・R) \_\_\_\_\_年生 男・女 (S・H・R) \_\_\_\_\_年生

配偶者：なし あり (T・S・H) \_\_\_\_\_年生 結婚：\_\_\_\_\_歳 離婚：\_\_\_\_\_歳 再婚：\_\_\_\_\_歳

子：いない いる (男・女 (S・H・R) \_\_\_\_\_年生) (男・女 (S・H・R) \_\_\_\_\_年生)

(男・女 (S・H・R) \_\_\_\_\_年生) (男・女 (S・H・R) \_\_\_\_\_年生)

以上です。ご記入いただきありがとうございました。なお、この問診票は診察目的のみに使用します。また、ご本人の同意なく第三者に開示しません。