

# 問診票

ご本人さんの氏名： \_\_\_\_\_

ご記入された方： ご本人 ・ その他（ \_\_\_\_\_ 続柄等： \_\_\_\_\_ ）

●来院の目的は  外来治療（ 心理検査希望  カウンセリング希望）  入院希望

●どのような症状や悩みがありますか？

●そのような症状は、いつ頃からどのように始まりましたか？

●症状は、今までの間に、どのようになりましたか？

どんどんひどくなる  同じような調子が続いている

少しは軽くなってきている  一度は良くなったが、また悪くなった

●そのような症状のために、どこか他の病院に受診した事がありますか？

ない  ある（ \_\_\_\_\_ ）

●現在、治療中の病気や服用しているお薬はありますか？

お薬手帳があればご提示お願いします。

ない  ある（ \_\_\_\_\_ ）

●今までにかかった病気や手術はありますか？

ない  ある（ \_\_\_\_\_ ）

●薬や食べ物などでアレルギーや副作用が出たことがありますか？

ない  ある（ \_\_\_\_\_ ）

- どこで生まれましたか？（ ）
- 現在、同居している家族はどなたですか？  単身  同居（年齢もご記入ください）  
（ ）
- 兄弟はいますか？  いない  いる（ ）人中（ ）番目
- 学歴を教えてください。（ ）
- 現在、お仕事をされていますか。  
 いいえ  はい（いつから： 年から）（職業： ）
- これまでにしたお仕事を教えてください。  
（ ）
- 婚姻歴を教えてください。  未婚  既婚（ 回目）（ 歳のとき）
- 子どもはいますか？  いいえ  いる（ 人）
- お酒は飲みますか？  いいえ  はい（ 毎日  時々  まれに）  
何をどのくらい飲まれますか？（ ）
- タバコは吸いますか？ いいえ  はい（何歳から： 歳）（1日何本： 本）
- その他に伝えておきたいことや質問したいことがあればご記入してください。

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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。