**問診票**

診療の参考にさせていただきます。可能な範囲でご記入ください。

氏名:

生年月日：　　　　　　　　　年齢：

住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

1.      現在困っていることを記入ください。（最も困っていることから順番に）

・

・

・

2.      上記の経過を記入ください。（いつから、症状変化、診断・治療内容など具体的に）

3.      症状の原因について思い当たることがあれば記入ください。

（家庭、学校、職場など生活環境・人間関係など）

4.      今後どのようになりたい、またはどのようにしたいと思いますか。

5.      今まで受診したことがある大きな病気・入院・手術や精神疾患を記入ください。

6.      現在治療中の病気がある方は記入してください。

 7.      現在、飲んでいる薬がある方は記入してください。

8.      食事や薬でアレルギーはありますか。　はい　・　いいえ

種類：

9.      家族構成と家族の病気があれば記入してください。

・あなたの結婚歴：未婚・既婚・離婚・死別・その他（　　　　　）

・同居家族：

・以下のうち家族の病気とかかった方との間柄

　脳卒中（　　　　　　　）　　　　高血圧（　　　　　　　）

　心臓病（　　　　　　　）　　　　糖尿病（　　　　　　　）

　がん　（　　　　　　　）　　　　精神病（　　　　　　　）

10.    最終学歴と職歴と現在の職業・職務について記入ください。

・最終学歴

 中学・高校・専門学校・短期大学・大学・大学院・その他（　　　　　　）　を　（卒業・中退）

 ・職歴

11.    1日の過ごし方を記入ください。

起床時刻：　　　　　　　　就床時刻：　　　　　　　　睡眠時間：

就業時刻：　　　　　　　　終業時刻：　　　　　　　　労働時間：

食事：　　回/日　　　　　 食欲：あり ・ なし

タバコ：現在喫煙（　　本/日）・辞めた（　　歳から　　歳まで・　　本/日）・なし

飲酒：（ビール/ワイン/日本酒/焼酎他）　  　ml/日×週　　回・機会があれば飲む・なし

その他：