

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：