

問診票

診察をスムーズに進めるため、今までの経過と現在の状況についてお伺いします。
内容は診療以外に使用することはありません。プライバシーは厳守いたします。
書ける範囲でご記入ください。

よろずまちクリニック

記載日 令和 年 月 日

お名前 _____ 昭和・平成 年 月 日生 年齢 歳
ご住所 _____

○ 今日はどのようなことがお困りで受診されましたか？

○ それはいつ頃からですか？ 何かきっかけがありましたか？

○ これまでに、同理由で他の医療機関、相談機関にかかったことがありますか？
あれば教えてください。

病院・クリニック	受診期間	診断名	治療（薬など）
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		

○ 現在の健康状態について教えてください （○または具体的に）

- ・睡眠： 良好 悪い（具体的に _____ ）
- ・食欲： ある 普通 ない（具体的に _____ ）
- ・便通 普通 悪い（具体的に _____ ）
- ・月経 順 不順 ない 閉経
- ・お酒は飲まれますか？ ない ある（1日の量は _____ ）
- ・現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ ない ある

○ 今までにかかったことのあるご病気について教えてください。

() 歳頃 病名 ()

() 歳頃 病名 ()

() 歳頃 病名 ()

○ ご家族や血縁の方で心療内科、精神科通院中(か以前通院)の方がいれば教えてください。

(どなたが? どのような疾患で?)

○ 家族構成を教えてください。

(例 父 ○歳、 妻 ○歳、 長女○歳 など)

○ 今回の受診で、希望されること、期待されること教えてください

記入者 本人 家族 ()

ありがとうございました