

記入日： 年 月 日

記入者：本人・その他（ ）

フリガナ お名前	性別 男・女
生年月日 T・S・H 年 月 日	年齢 才
現住所 〒	電話 () 携帯

<p>① <u>当院をどこでお知りになりましたか？</u></p> <p>② <u>家族構成（同居の方に○をつけて下さい）</u> 配偶者 父 母 兄 姉 弟 妹 祖父 祖母 叔父 叔母 他親類 子供 男（ ）歳（ ）歳（ ）歳 女（ ）歳（ ）歳（ ）歳 その他（ ）</p> <p>③ <u>職業・職種 / 学校名・学年</u></p> <p>④ <u>薬物アレルギー（有・無）</u> 内容</p> <p>⑤ <u>現在服用中の薬（常備薬）</u> 名称（わかる範囲で）</p> <p>⑥ <u>その他（嗜好品）</u> <u>たばこ</u> 1日 _____ 本ぐらい <u>アルコール</u> （日本酒） _____ （ビール） _____ （その他） _____ <u>コーヒー</u> _____ 杯 <u>紅茶・日本茶</u> _____ 杯</p>	<p>⑦ <u>今つらい事は、どんな事ですか。</u> <u>下記よりいくつでも○で囲んで下さい。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・不安感・緊張感・悲哀感（涙もろい）・焦燥感 ・興奮・イライラ・躁状態（多弁／多動） ・攻撃性（ムツとする／カッとする）・自傷行為 ・意欲低下・集中力低下・憂鬱 ・幻聴・被害的思考・悲観的思考・妄想（ ） ・不眠（寝付けない・中途覚醒・早朝覚醒）・過眠 ・肩こり・疲労感・けいれん・パニック発作 ・胸内苦悶・言動がおかしい・物忘れ・痴呆 ・食欲不振・体重減少・拒食・過食・嘔吐 ・動悸（ドキドキ）・頭痛・下痢・便秘・吐き気 ・その他（ ） <p>⑧ <u>過去の病気（身体的・精神的）</u> ・緑内障・ぜんそく・重症筋無力症・前立腺肥大 ・糖尿病・心臓病・高血圧 ・現在通院中／通院場所（ ） ・その他ご記入下さい</p> <p>⑨ <u>現在の身体的・精神的症状(⑦⑧以外)</u></p> <p>⑩ <u>妊娠中ですか</u> （ はい ・ いいえ ）</p> <p>⑪ <u>授乳中ですか</u> （ はい ・ いいえ ）</p> <p style="text-align: right;">（裏面にもご記入ください）</p>
---	--

記入日： 年 月 日

記入者：本人・その他（ ）

※ 症状が出たのはいつ頃ですか。又、どの様に推移してきましたか。
初めから現在までの症状の経過をお書き下さい。

●この問診票の表・裏を書くのにおよそ何分かかりましたか?()分

緊急時連絡先： (連絡先の氏名：)
本日のご来院を家族・知人にお話しされていますか？ はい ・ いいえ