

家族相談問診票

日本橋サングリニック

記入日 年 月 日

(ふりがな) 相談者のお名前	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日	年齢 歳
本日はどなたのことをご相談にいらっしゃいましたか？その方はおいくつですか？ () 歳			
どのようなことで、いつ頃からお困りかお書きください。			

以下は相談したい方についての質問になります。

現在ご同居されていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
今まで精神科や心療内科におかかりになったことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
ある方はいつ頃からどちらの病院におかかりだったかお書きください。 診断名と処方されていたお薬もあわせてお書きください。			
期間	病院名	診断名	処方されていたお薬
年 月頃～ 年 月頃まで			
年 月頃～ 年 月頃まで			
年 月頃～ 年 月頃まで			
その方以外に、ご家族で精神科や心療内科におかかりだったことが ある方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない			
ある方はどなたがおかかりだったかお書きください。			
どなたが	診断名		
現在服用中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方はお薬名をお書きください。			

裏面もご記入お願いします

今までに大きなご病気や手術をされたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方は下記もご記入ください。		
いつ	病院名	どのような治療をしたか
年 月頃		
年 月頃		
お薬や注射でアレルギーが起きたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
体重の増減はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方は下記項目にチェックをお願いします		
<input type="checkbox"/> ここ2～3ヶ月 <input type="checkbox"/> ここ半年 ⇒ <input type="checkbox"/> ここ1年	<input type="checkbox"/> 2～3キロほど <input type="checkbox"/> 5キロほど ⇒ <input type="checkbox"/> 10キロ以上	<input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った
睡眠でお困りのことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方は当てはまる項目にチェックしてください。（複数チェック可）		
<input type="checkbox"/> なかなか眠りにつけない <input type="checkbox"/> 寝ている途中で何度も目覚めてしまう。 <input type="checkbox"/> 朝早くに目が覚めてしまう。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 長く寝ても疲れがとれない。 <input type="checkbox"/> 日中 眠気が強い		
お酒を飲みますか？ <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない 飲む方は下記項目にチェック、ご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～5回程度 <input type="checkbox"/> 週2～3回程度 <input type="checkbox"/> たまにたしなむ程度	お酒の種類 () を	飲む量 () ぐらい
タバコを吸いますか？ <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない 吸う方は1日何本ぐらい吸いますか？ () 本		
出身地	最終学歴(学校名)	職歴 現在の職業 () 転職歴 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () 回
本日の診察で特にご希望されることはありますか？		
当院をどちらでお知りになりましたか？		
<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> ご紹介 () より <input type="checkbox"/> 知人の勧め <input type="checkbox"/> 通りがけに看板を見て <input type="checkbox"/> その他 ()		

以下は女性の方にお聞きします。

現在妊娠中や授乳中ですか？		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 月経不順はありますか？	<input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 妊娠中 () ヶ月	<input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順

質問は以上です。ご記入ありがとうございました。