

# 問 診 票

日本橋サックリニック

記入日 年 月 日

(ふりがな) お名前		性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	年齢 歳
本日はどのようなことがお困りで 受診されましたか？		現在ご同居されている方はいますか？ <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子（息子 人 娘 人） <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄（ 人） <input type="checkbox"/> 姉（ 人） <input type="checkbox"/> 弟（ 人） <input type="checkbox"/> 妹（ 人） <input type="checkbox"/> 孫（ 人） <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
いつ頃から症状が出始めましたか？				
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医療機関かお書きください。 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	医療機関名	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				
ご家族で現在あるいは過去に精神科/心療内科におかかりの方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない				
いらっしゃる場合どなたがどのようなことでおかかりでしょうか？				
どなたが		症状/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。				

裏面もご記入をお願いします

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。