

問 診 票

日本橋サクリニック

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 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 ご家族を教えてください。 <input type="checkbox"/> 父()才 <input type="checkbox"/> 母()才 <input type="checkbox"/> 兄(人) <input type="checkbox"/> 姉(人) (.)才 (.)才 <input type="checkbox"/> 弟(人) <input type="checkbox"/> 妹(人) (.)才 (.)才 <input type="checkbox"/> 祖父()才 <input type="checkbox"/> 祖母()才 <input type="checkbox"/> その他()		
現在通っている学校はどちらですか 学校名		年生		
今までどちらか医療機関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	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				
現在あるいは過去に精神科や心療内科におかかりのご家族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おかかり(だった)かお書きください。				
どなたが		症状/診断名		
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"/> 2～3キロほど <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> ここ半年 ⇒ <input type="checkbox"/> 5キロほど ⇒ <input type="checkbox"/> ここ1年 <input type="checkbox"/> 10キロ以上 <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"/> 長く寝ても疲れがとれない。 <input type="checkbox"/> 寝ている途中で何度も目覚めてしまう。 <input type="checkbox"/> 日中 眠気が強い <input type="checkbox"/> 朝早くに目が覚めてしまう。 <input type="checkbox"/> その他 ()				

