

問 診 票

来院日 年 月 日
記入者 本人・その他()
付添者 ()

氏 名 _____ 男・女()歳 ご職業 _____

■今、一番お困りのことはどんなことですか？

■それはいつ頃からですか？

■下記のうち、当てはまる項目があれば○をつけて下さい

緊張しやすい	外出したくない	不安が強い	こだわりが強い	疲れやすい
肩がこる	やる気が出ない	ゆううつ	ものごとを楽しめない	頭の回転が遅い
みんなに迷惑をかけている感じ		生きているのが嫌になる		胸がドキドキする
じっとしていられない		人に見られている感じ		うわさされている感じ
体が勝手に動く		姿が見えないのに声が聞こえる		考えがまとまらない
暴れてしまう	怒りっぽい	ものが覚えられない		不注意なミスが多い

■そのことで、他の病院・クリニックなどに行かれましたか？

いつ頃() 医療機関名()

■ご家族に当クリニックを受診された、又はされている方がいらっしゃいますか？

(いいえ・はい) → (祖父 祖母 父 母 兄弟姉妹 その他)

■お体の病気はありますか？

病 名() いつから() 飲んでいるお薬が(ある ない)

病 名() いつから() 飲んでいるお薬が(ある ない)

その他 _____

■薬や食物でアレルギー反応を起こしたことがありますか？ (いいえ・はい)

いつ頃ですか？() 薬や食物の名前が分かれば書いてください()

■最近の体調についてお教えてください

睡眠： (良好・不足・寝過ぎる) / 睡眠時間()時間 食欲： (ありすぎる・普通・ない)

便秘： (便秘・普通・下痢) / ()日に()回 月経： (順調・不規則・なし)

■嗜好品についてお聞きします

お酒は： (飲まない・飲む) / 週に()回、(種類：)を(量：)ぐらい

たばこは： (吸わない・吸う・吸っていた) / 1日()本 × ()年間

クリニックもみじ201411 