

# 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 