

くすの木クリニック 問診票

記入日

年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
お名前		性別	男 女
ご住所	〒		
TEL	- -	本日はどなたとお越しですか	

現在の症状について教えてください。

どのような症状がありますか。(気分の落ち込み、不安になる、眠れないなど、..)

1.

2.

3.

4.

5.

その症状はいつ頃からですか。

どんな時に症状が現れますか。

症状が出た原因として思い当たることがありますか。(仕事、家庭のストレス、環境変化等)

現在の健康状態について教えてください。			
身長	()cm	体重	()kg (やせた/変わらない/太った)
食欲	(落ちた / 変わらない / 増えた)		
睡眠	()時頃就寝 ~ ()時頃起床		
	(寝つきが悪い/途中で目が覚める/朝早くに目が覚める/朝起きられない)		
飲酒	しない / する: 週()日 種類() 量()		
喫煙	しない / する: ()歳から 1日に()本		
月経	(順調 / 不順 / 停止)		月経前の気分不快(なし / あり)

これまでに精神科や心療内科を受診したことがあれば教えてください。		
通院期間	医療機関名	病名
()年()月~ ()年()月		
()年()月~ ()年()月		
()年()月~ ()年()月		

これまでにかったことのある身体の病気について教えてください。		
病名・手術歴など	通院期間	医療機関名
	()歳~()歳	
	()歳~()歳	
	()歳~()歳	

*以下の診断を受けたことがあれば必ずご記入をお願いします

糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症、高血圧症、不整脈、その他心疾患、てんかん、脳血管障害(脳卒中)、腎障害、肝障害、気管支喘息、甲状腺疾患、緑内障

アレルギー	なし / あり : 何に()
-------	-----------------

現在内服中のお薬があれば教えてください。(お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。)

ご家族・ご親族について教えてください。

同居家族	
ご家族に精神科・心療内科を受診した方、症状のあった方がいれば教えてください。	
ご関係	病名・症状・受診歴など
兄弟姉妹	いない / いる:()人中 ()番目
結婚	未婚 / ()歳で結婚/()歳で離婚 / 死別

これまでの経歴について教えてください。

最終学歴	学校名等: (卒業 ・ 中退 ・ 在学中)	
職歴	在職期間	会社名・職種等
	()歳～()歳	
	()歳～()歳	
	()歳～()歳	

治療の目標としたいことがあれば教えてください。

(仕事や家事、通学ができるようになりたい、とにかく症状を楽にしてほしい、など)
その他、診察にあたり気になること、伝えておきたいことがあればご記入ください。

受診にあたってのご注意

- ・受診には原則として予約が必要です。臨時受診も可能な限り対応いたしますのでお問い合わせください。
- ・電話でのお問い合わせに医師が対応した場合、電話再診料を算定する場合があります。
- ・予約時刻は目安です。診療の状況により、診察開始が遅れることがあります。
- ・保険証をお忘れの場合自費でのお支払いとなります。後日保険証を提示いただいた際に返金いたします。
- ・当院は医療情報・システム基盤整備体制充実加算算定医療機関です。マイナ保険証のご利用により正確な診療情報の取得が可能となりますので、ご利用ください。

ご記入が終わり、注意事項をご一読いただきましたら、受付にお渡しください。

ご記入ありがとうございました。