問　診　票

記入日：　　年　　月　　日

フリガナ			生　年　月　日	領収書の明細書
患者氏名			年　　月　　日	必要　・　不要
連絡先	住所			
	電話番号	携帯：　　自宅：　　会社：		

●今つらい事　・　困っている事はどんなことですか？

●それは　いつ頃からですか？

●思い当たるきっかけは ありますか？

●今までに精神科・心療内科に通院・入院されたことはありますか？

ない　・　ある　　あるの方それはいつ頃ですか（　　）　外来・入院

現在通院中の医療機関があれば（　　）　診断名（　　）

●精神科・心療内科以外で今までにかかった病気はありますか？　（治療中も含む）

●現在常用している薬はありますか？

なし　・　あり（薬品名　　）　お薬手帳　あり　・　なし

●食べ物や薬にアレルギー反応や副作用が出たことはありますか？

ない　・　ある　　具体的に（　　）

・お酒は飲みますか？　飲まない　・　飲む（週に　　日　　を　　本・合　くらい）
・たばこを吸いますか？　　吸わない　・　吸う　（1日　　本　くらい）
・最終学歴　　・出身地　　・趣味
・現在のご職業　　転職回数　（　　回くらい）
・ご自身はどのような性格だと思いますか？

●ご家族について　同居している家族には(　　)に〇をつけてください

(　　)　父　　：　　歳　/　健在・他界　/　精神科受診歴　なし・あり（疾患名：　　）
(　　)　母　　：　　歳　/　健在・他界　/　精神科受診歴　なし・あり（疾患名：　　）
(　　)　兄　　：　　歳　/　健在・他界　/　精神科受診歴　なし・あり（疾患名：　　）
(　　)　姉　　：　　歳　/　健在・他界　/　精神科受診歴　なし・あり（疾患名：　　）
(　　)　弟　　：　　歳　/　健在・他界　/　精神科受診歴　なし・あり（疾患名：　　）
(　　)　妹　　：　　歳　/　健在・他界　/　精神科受診歴　なし・あり（疾患名：　　）
(　　)　配偶者：　　歳　/　健在・他界　/　精神科受診歴　なし・あり（疾患名：　　）
(　　)　子供　：　　人　　それぞれの年齢　　歳　　歳　　歳　　歳　　歳　　歳

●ご家族以外のご親族に精神科の受診歴がある方がいらっしゃれば、ご記入ください。