

問 診 票

記入日:西暦 年 月 日

氏名 _____ 性別 男・女 年齢 歳

生年月日 年 月 日 住所 _____

1. どのようなことで相談にいらっしゃる予定ですか(いくつでも可)

不眠 不安 緊張 憂うつ 意欲低下 集中力低下 物忘れ 体の症状 家庭の悩み 職場の悩み
学校の悩み 更年期障害 対人恐怖 パニック 幻覚 妄想 その他()

2. その症状や問題は、いつ頃から続いていますか

年 月から 現在は、悪くなっている・良くなっている・変わらない

3. 今までに他の病院や診療所には相談には行きましたか

病院 期間	年 月～	年 月	病院 期間	年 月～	年 月
病院 期間	年 月～	年 月	病院 期間	年 月～	年 月

4. ご家族について教えてください

お名前	年齢	続柄	お名前	年齢	続柄
()	()	(同居・別居)	()	()	(同居・別居)
()	()	(同居・別居)	()	()	(同居・別居)
()	()	(同居・別居)	()	()	(同居・別居)

5. 今までにかかったことのある病気を教えてください

ない ある ()

6. 普段お飲みになっている薬があれば教えてください

ない ある ()

7. 食べ物やお薬のアレルギーがあれば教えてください

ない ある (食べ物: お薬:)

8. お酒は 飲まない・たまに飲む・週1～2日・週3～4日・ほぼ毎日

平均すると ビール・焼酎・日本酒・ワイン・ウイスキーを1日()ml・本

9. これまでの学校と仕事について教えてください

最終学歴:

就職先・これまで経験した職業: