


診療申込書・問診票

記入 令和 年 月 日

ふりがな			
氏名	(男・女) (代理人)		
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 (歳)
住所	〒 -		
電話番号	()		
診療の参考となります。できる範囲でご記入ください。右のQRコードからも入力できます			
今回一番困っていること、受診の理由についてご記入ください			
それはいつごろから感じていますか？ ____日前・____週間前・____月前・____年前 あるいは ____年 ____月 ____日頃から きっかけとなる出来事などがあればご記入ください。			
以下の症状はありますか？項目を○で囲んでください			
気持ちが沈む	物事に意欲、興味がでない	後ろ向きに考える	不安になりやすい
急に動悸がする	人前で緊張する	イライラしやすい	テンションが高い
不注意	忘れ物が多い	落ち着かない	過食・拒食
物忘れがひどい	睡眠障害 (不眠・過眠)	体重の変化 (減少・増加)	
幻聴	幻視	人に見張られる感じがする	
睡眠について教えてください	就寝 時	起床 時	しっかり眠れている・眠れない
学生時代に不登校になったことはありますか？			はい いいえ
これまでにいじめなどをうけたことはありますか？			はい いいえ
最終学歴について教えてください	中学	高校	大学 その他 ()
他の精神科、心療内科の医療機関を受診されていませんか？			はい いいえ
	いつ頃ですか？	年 月頃から	年 月頃まで
次の病気で治療を受けているか、受けていたことはありますか？			
・心臓疾患	・高血圧	・糖尿病	・高脂血症
・腎臓疾患	・消化器疾患	・緑内障	・腫瘍
・その他 ()			・脳梗塞
			・肝疾患
			・喘息
			・前立腺肥大
今までに薬や食べ物で何か異常がありましたか？			はい いいえ
アレルギーがある方は出来るだけ具体的にお書きください			
薬品名・食品など () 症状 ()			
女性の方のみにお聞きます。現在妊娠中ですか？			はい いいえ
飲酒はされますか？			はい いいえ
頻度・量はどれくらいですか？ (週 回くらい・量)			
喫煙はされますか？			はい いいえ
量・期間はどれくらいですか？ (1日 本くらい・期間 年間)			
当院を選んだ理由を教えてください			
・インターネット ・他医療機関からの紹介 ・親類、知人などの紹介 ・その他 ()			