

# 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したか？	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 ・脳梗塞 ・肝疾患 ・腎臓疾患 ・消化器疾患 ・緑内障 ・腫瘍 ・喘息 ・前立腺肥大 ・その他 ( )			
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 ( )			