

## 問診票

ふりがな		明・大	
氏名	男・女	昭・平	年 月 日生 ( 歳)
住所	〒		
電話	携帯	( )	
	自宅	( )	

※記入者: a. 本人 b. 同伴者(お名前 続柄 )

**【1】どのようなことでお困りですか(いくつでも)**

- |  |   |
|--|---|
| a. イライラする・怒りっぽい<br>c. 夜眠れない(睡眠時間 時間)<br>e. 何も意欲が起こらない<br>g. 知らない声が聞こえてくる<br>i. 人に会いたくない<br>k. 発達障害 (ADHD・ASD)の相談<br>l. その他( )<br>※それはいつ頃からおこりましたか(だいたい結構です)( ) | b. 不安な気持ちごとれない<br>d. 食欲がない<br>f. 生きているのがイヤになる<br>h. 考えがまとまらない<br>j. 物忘れ |
|--|---|

**【2】上記のような症状のため、これまでに医師の診察を受けたことがありますか**

- a. はい( 年 月頃 病院名 ) b. いいえ

**【3】現在治療中の病気はありますか**

- a. はい( ) b. いいえ

**【4】現在、何かお薬を飲んでいますか**

- a. はい( ) b. いいえ

**【5】今までに大きな病気にかかったことがありますか**

- a. はい( ) b. いいえ

**【6】食べ物やお薬でアレルギーがありますか**

- a. はい(食品名・薬品名 ) b. いいえ

**【7】嗜好品について**

- a. お酒( 本/日) b. タバコ( 本/日) c. その他( )

**【8】現在妊娠されていますか**

- a. はい( ケ月 病院) b. いいえ

**【9】現在どなたかと同居していますか**

- a. はい(・親 ・夫 ・妻 ・子ども 人 ・その他) b. いいえ

**【10】当院へは何で来られましたか**

- a. 車 b. 電車 c. バス d. 自転車 e. 徒歩 f. その他( )

**【11】当院をどのようにお知りになりましたか**

- a. タウンページ b. ホームページ c. 知人の紹介( )  
 d. 他の病院・施設等の紹介(紹介状 あり なし) e. チラシ f. 看板  
 g. その他( )

**【12】その他、何か伝えておきたいことがありましたらご記入下さい**