

問 診 票

☆ ご記入できるところだけで、かまいません。

ご氏名

様

記入日： 年 月 日

① 当院にはご自分の意思で来られましたか？ □自分の意思 □どなたかに勧められて（ ）
② いつから、どのような症状でお困りですか？ 例）1ヶ月前から眠れず、気分がおちこむ等 治療に対するご希望はありますか？ 例）検査や入院治療など
③ 食欲について困っていることは、ありますか？ □普通に食べている □何とか食べている □食べられない □食べ過ぎる
④ 睡眠について困っていることは、ありますか？ □問題ない □寝つきが悪い □途中で目が覚める □朝早く目が覚める □眠りが浅い
⑤ お酒について、お聞かせ下さい。 □飲まない □飲む（酒の種類・量 週に何回飲酒しますか： 日）
⑥ 喫煙についてお聞かせ下さい。 □喫煙しない □喫煙する（1日 本）
⑦ 今までに薬や食べ物で具合が悪くなったことやアレルギーはありますか？（ある ない） 薬の名前 （ ） 食べ物の名前 （ ）
⑧ 以前、精神科・心療内科に受診したことはありますか？ （ある ない） いつ頃（ ） 病院名（ ）
⑨ 現在、精神科以外に通院している病院は、ありますか？ （ある ない） いつから（ ） 病院名（ ） 病名（ ） ・お薬手帳持参の方は、看護師に見せてください。 ・お薬手帳のない方は、薬の内容を記入してください。
⑩ 身長（ ）cm 体重（ ）kg
⑪ 職業または学校（ ） 最終学歴（ ）
⑫ 介護認定を受けていますか？ □受けていない □受けている（要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5）
⑬ 予防接種はしていますか？ 新型コロナワクチン □接種していない □接種した（最終接種日 年 月 日） インフルエンザワクチン □接種していない □接種した（最終接種日 年 月 日） 肺炎球菌ワクチン □接種していない □接種した（最終接種日 年 月 日）
⑭ 今後、当院から連絡させていただく場合（診察や検査の予約変更のお願い等） 確実に連絡がつく本人電話 本人携帯電話（ ） 本人自宅電話（ ） ご本人に連絡がつかない時、代わりに連絡がつく方（□父親 □母親 □配偶者 □子供 □その他） お名前（ ） 電話番号（ ）