

# 問 診 票

この問診票は、患者様の通院の状況を知ること、当院での診療に役立てることを目的にしています。該当する箇所にチェック（レ点）を入れ、できるだけ詳細にご記入をお願いいたします。なお、ご記入いただきました事項の取り扱いは、個人情報保護に関する法律に遵守いたします。

記入日 平成 年 月 日

住所

ふりがな

氏 名 男 ・ 女 TEL

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳

■今回来院の理由、今一番困ってこと、相談したい内容をお書きください。

■症状のきっかけとなるような出来事やストレスがあればお書きください。

■その他の困った症状・行動（ ）

■その症状はいつごろからありますか？（ 年 月頃から、あるいは 歳頃）

■今回の来院は、自分が希望して 家族のすすめで その他（ ）

■今日はどなたといらっしゃいましたか？

家族（続柄 ） 施設（ ） その他（ ）

◎ご家族・ご親族で、精神科や心療内科の受診歴がある方がいれば、お書きください。

なし あり（続柄 診断名など ）

◎精神科・心療内科 通院及び入院歴

今回がはじめて

あり

①病院（クリニック）名： 期間： 年 月 ～ 年 月

その際の病名：

②病院（クリニック）名： 期間： 年 月 ～ 年 月

その際の病名：

◎精神科・心療内科以外の通院及び入院歴

今回がはじめて

あり

①病院（クリニック）名： 期間： 年 月 ～ 年 月

その際の病名：

②病院（クリニック）名： 期間： 年 月 ～ 年 月

その際の病名：

■内服薬 ない ある（お薬名 ）

《現在の生活環境》

■自宅 一人暮らし ご家族同居（ ）

施設（ ）その他（ ）

《ご自身について》

■出身地： 都 道 府 県 市 町 村

■最終学歴（普通学級 ・ 特別支援学級 ・ 特別支援学校）  
（公立・私立） 中・高・大・専門 学校（在学中・卒業・中退）

■現在のお仕事について

通常就労 リハビリ出勤中 休職中 主婦 無職 その他（ ）

勤務先 一般企業 ・ 就労支援施設 ・ その他（ ）

仕事内容 （ ）

勤務 年 ヶ月

職歴 例： 20～25 歳くらい 仕事内容：調理

■薬や食べ物でアレルギー反応や副作用がでたことがありましたら、お書きください。

・食べ物 なし あり（ ）

・薬 なし あり（ ）

■嗜好品についてお答えください。

・タバコ 吸わない 吸う（1日に 本／ 歳から）やめた（ 歳）

・アルコール 飲まない 飲む（1週間に 本／ 歳から）

・違法薬物 使用したことはない 使用したことがある（ 歳から 歳）

・常用薬（処方薬以外） ない ある（商品名 ）

《女性の方にお伺いします》

■現在妊娠されていますか？ はい いいえ わからない

■月経はありますか？（なし あり 最終月経： 年 月 日ごろ）

《相談機関や在宅サービスを受けている方はご記入ください》

■生活保護を受けている方（ 福祉事務所 / 担当者 ）

■保健所（ 保健所 / 担当者 ）

■児童相談所・支援センター（ / 担当者 ）

《現在お持ちのものがありましたら記載ください》

なし

あり

精神障害者手帳（ ）級、 身体障害者手帳（ ）級、 知的障害手帳（ ）級

障害者年金を受給している 障害者年金を受給していない

自立支援を利用中（指定医療機関： ） 自立支援を利用していない

介護保険をお持ちの方は○をつけてください。

（ 申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ）

居宅介護支援事業者名（ ）

※当院をどちらでお知りになりましたか？（ ）