**問 診 票**

20　　 年 月 日

１．ご本人情報

ふりがな

お 名 前

性別　　　　男・女・その他

生年月日　　大正・昭和・平成 年 月 日生　　　（ 　 ）才

住 所 　　　〒

電話番号

緊急連絡先の電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　）

●どのように当院のことをお知りになりましたか ？

インターネット・チラシ・直接見て・知人に聞いて・駅看板・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．症状

●来院の理由（一番困っていること、一番つらいこと）

（どのようなこと）

（いつごろから）

（きっかけ・人間関係や環境変化）

●その症状で今までに治療を受けたことがありますか？

病院名　　　　　　　　　　　診療科　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　年　　　　月ごろ）

病院名　　　　　　　　　　　診療科　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　年　　　　月ごろ）

病院名　　　　　　　　　　　診療科　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　年　　　　月ごろ）

（どのような治療を受けましたか？カウンセリングの有無、飲んでいた薬など）

●薬の希望（こだわりはない・西洋薬中心・漢方薬中心・西洋薬のみ・漢方薬のみ・薬は飲みたくない）

●臨床心理士によるカウンセリングの希望（希望する・希望しない）

※裏面もご記入ください。

３．その他の症状

●睡 眠 （眠れている・眠れない・眠り過ぎ・眠れているが眠った気がしない・日中眠い）

●食 欲 （普通・あり過ぎる・ない） →体重変化（大きな変動はない・減っている・増えている）

●便 通 （問題ない・下痢・便秘・便秘や下痢を繰り返す）

●頭痛　（常に・時々・ない）→頭痛薬（頭痛薬名：　　　　　　　　　）を、週に(　　　　　回)程度使う

●不 安 （ない・時々ある・しばしばあり生活に支障がある）

●ゆううつな気分 （ない・時々ある・しばしばあり生活に支障がある）

●イライラする（ない・時々ある・しばしばあり生活に支障がある）

●死にたい気持ち （ない・時々ある・しばしばあり生活に支障がある）

●月経周期 （規則的・不規則・閉経）●月経痛（強い・人並・あまりない）

●月経前の気分の波（感じない・落ち込む・イライラする）

●経血（塊状・さらさらしていて多い・どちらでもない）

●妊娠の可能性（あり・なし） ●授乳（あり・なし）

４．既往歴

●現在治療中の病気はありますか？

高血圧 あり・治療中（薬： 　　　　 ）・なし

糖尿病 あり・治療中（薬： 　　　　 ）・なし

緑内障 あり・治療中（薬： 　　　　 ）・なし

心臓病 あり・治療中（薬： 　　　　 ）・なし

不整脈 あり・治療中（薬：　　　　 ）・なし

前立腺肥大症 あり・治療中（薬： 　　　　 ）・なし

が ん あり・治療中（薬： 　　　　 ）・なし

その他

●過去に身体面の病気をしたことはありますか？ はい（下に詳しくお書きください）・いいえ

入院歴 あり（病名 　　　　 ）・なし

手術歴 あり（病名 　　　　 ）・なし

５．その他

●現在内服中の薬・サプリメント・使用中の外用薬はありますか？（ある・ない）

（※薬手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方はお見せください）

●今までに薬剤の副作用・アレルギーを経験したことはありますか ？（ある・ない）

●食物・その他アレルギーはありますか ？（ある・ない）

●アルコール飲みますか？ 　はい 頻度（ 日／週） 量（ 　　　　　　　 ）・いいえ

●タバコを吸いますか？ 　　 はい　（ 本／日） 年数（ 　　年 ）・いいえ

●シンナー・大麻・麻薬・覚せい剤・エクスシー（MDMA）などの使用経験はありますか？

 ある・ない （※病状の把握のみに利用し、当局に報告は一切致しません。）