

# 問 診 票

記入日： 年 月 日

問診票はできるだけ効率よく診察を行うために大変重要です。お手間とは思いますが、可能な限り記載していただくよう、ご協力よろしく申し上げます。記載漏れに関しては診察前にスタッフが記載をお願いする場合があります。

フリガナ  
患者氏名:

生年月日: 年 月 日  
年齢: 歳

住所: 〒

自宅電話:  
携帯電話:

フリガナ  
記入者氏名: 続柄:

《緊急連絡先》 ★必須

氏名:  
電話: 続柄:

連絡のつきやすい時間帯: ★必須

身長 cm、 体重 kg

1. 現在困っている症状を教えてください。

- 気分の落ち込み
- 不安
- 胸がドキドキする／過呼吸
- もの忘れ
- その他 {

- お腹の症状(腹痛、下痢)
- 眠れない
- 誰かに見られている気がする
- やる気が出ない
- 発達障害の特性に当てはまる気がする

2. 1. の症状はいつごろからですか？

- 1か月以内
- 1か月～1年前
- 1年～5年前
- 5年以上前



3. 現在の症状の原因となっていることはありますか？

- 家庭内のトラブル
- 職場のトラブル
- 病気など
- その他 {

4. 今まで「心」の問題で医療機関、カウンセリングルームを利用したことがあれば、全て教えてください。

機関名:	年	月～	年	月	通院/入院
機関名:	年	月～	年	月	通院/入院
機関名:	年	月～	年	月	通院/入院
機関名:	年	月～	年	月	通院/入院

5. 今まで「体」の問題で医療機関に受診したことがあれば、全て教えてください。(現在治療中も含めて)

病院名:	病名:	治療中／経過観察中／治療終了
病院名:	病名:	治療中／経過観察中／治療終了
病院名:	病名:	治療中／経過観察中／治療終了
病院名:	病名:	治療中／経過観察中／治療終了

6. 障害者手帳、福祉サービス、行政制度の利用があれば教えてください。

- 療育手帳(区分:  B2、 B1  A)
- 精神障害者福祉手帳(区分:  3級  2級  1級)
- 身体障害者手帳( )種 ( )級 (障害名: )
- 介護保険  要支援( )  要介護( )
- 障害年金(区分:  3級  2級  1級)
- 障害児受給者証
- 自立支援医療
- 生活保護制度
- 特別児童扶養手当

手帳をお持ちであればコピーさせていただきます。

7. 家族構成を教えてください。(本人から見て、両親、ご兄弟、子、同居人まで)

氏名	続柄	年齢	現在の状態	「心」の病気の有無 あれば病名を 記入してください
			同居・別居・死別・その他	
			同居・別居・死別・その他	
			同居・別居・死別・その他	
			同居・別居・死別・その他	
			同居・別居・死別・その他	
			同居・別居・死別・その他	

8. 現在服用している薬を教えてください。

- なし
- お薬手帳あり⇒ お薬手帳をコピーしてください
- 紹介状あり ⇒ 紹介状を参照します
- お薬手帳も紹介状もないが、薬を服用している  
⇒ わかる範囲で教えてください

9. 今まで薬を飲んで副作用が出たことがあれば、すべて教えてください。また食べ物で強いアレルギーがあれば、それも教えてください。

- なし

10. 当クリニックでどのようなことを希望されますか？

- 治療
- 精査／診断(ご希望があれば、↓にお書きください。)

- 一般的な薬(西洋薬での治療)
- 漢方薬での治療
- カウンセリング

- 診断書作成
- その他(セカンドオピニオン的な受診など)

- 職場への診断書(休職など)
- 行政への診断書(予定や希望でも)
- その他(サービスを利用したいなど)

11. その他、受診にあたり伝えておきたいことがあれば、お書きください。

- なし

12. 確認事項(確認いただきましたら、左にチェックを入れてください。)

★必須

- 当クリニックは完全予約制となっております。予約のキャンセルはできるだけ早くご連絡いただきますようお願いいたします。初診、カウンセリング、心理検査などは特に長い時間を確保しておりますので、無断キャンセル、予約時間過ぎてのキャンセル、頻回のキャンセルは理由によってはその後の予約をお断りする場合があります。
- 当クリニックでは初診、心理検査の結果説明、職場の方の同伴による診察は長い時間がかかるために予約料をお願いしております。(生活保護受給者などの初診は例外とさせていただきます。)
- 当クリニックではできるだけ患者様の希望に合わせた医療を提供したいと考えております。ただ医学上、明らかに適切でない治療に関しては、お断りする場合がありますことをご了承ください。