

問診票 【成人用】

恐れ入りますが診察がスムーズに進むよう、わかる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

なお、記入いただいた個人情報は診察行為に関してのみ使用いたします。

事前にご相談者様の同意なく第三者に開示、情報の漏洩をすることはありません。

記入日： 年 月 日

記載者名：

患者様との続柄： 本人 ・ 父 ・ 母 ・ その他（ ）

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日（ ）歳
所属	高・大・その他 年 学校名： フルタイム・パートタイム・無職・定年退職・専業主婦 職場名：
ご住所	〒 —
連絡先	ご自宅（ ） — 携帯 【本人・父・母・その他（ ）】 クリニックの名前を出してお電話してもよろしいでしょうか？ はい ・ いいえ

■本日はどなたと来院されましたか？

本人のみ ・ 父 ・ 母 ・ その他（ ）

■当院をどちらでお知りになりましたか？

ホームページ 医療機関の紹介（病院名： ）

知人・友人の紹介 福祉機関からの紹介（施設名： ）

看板を見て タウンページ インターネット その他（ ）

■福祉手帳をお持ちですか？

ない ・ ある

- ・療育手帳 (等級:)
- ・精神保健手帳 (等級:)
- ・身体障害者手帳 (等級:)

■発達や知能の検査を受けたことがありますか？

ない ・ ある

○ある方は最新の検査についてご記入ください

- ・検査を受けた時期 (年 月 または 歳頃)
- ・検査を受けた場所 ()
- ・検査の種類
(新版K式 ・ ビネー式 ・ WISC ・ WAIS ・ その他 ())
- ・結果がわかれば教えてください ()

■ご家族について教えてください

- ・現在の家族構成

お名前	年齢	ご関係	同居・別居	学生・職業

- ・ご家族や他の血縁者(叔父・叔母を含む)の中で精神科や心療内科を受診されたことのある方はいらっしゃいますか？

いる ・ いない

いると答えた方へ 病名 () 続柄 ()
病名 () 続柄 ()

■結婚についてお答えください

現在は： 独身 ・ 既婚 今までに：離婚（ 回／再婚／死別）
結婚時期： 昭和・平成・令和 年 月（ 歳の時）

■今までに薬や食品でアレルギーを起こしたことはありますか？

ない
ある（薬品または食品名： ）

■常用薬はありますか？

ない
ある（薬品名： ）

■嗜好品はありますか？

たばこ： 吸わない ・ 吸う（ 本/日）（ 歳から）
お酒： 飲まない ・ 飲む（ 歳から どれくらい： ）
その他：（ ）

■今までに体の病気で入院や通院をしたことがありますか？

何歳の時に	どんな病気で	医療機関名

■女性の方のみご記入ください

初潮： 歳 終経： 歳
生理不順： あり ・ なし

■診察にあたりご要望がありましたら、ご自由にお書きください