

新患問診票

受診年月日 年 月 日

氏名 年齢 記載者 本人・他()

今日はどなたとご一緒に来院されましたか。(○をつけてください)

- 一人で
- ご家族と一緒に (続柄:)
- 知人・友人・職場の人と (関係:)
- その他 ()

来院のきっかけをお知らせください。

- 本人が自発的に
- 勧められて →どなたですか
- 家族
- その他()

どのような症状でお困りですか。簡単にご記入ください。

以下の質問があてはまりましたら「はい」に○を、あてはまらなければ「いいえ」に○をつけてください。

これまでの人生で、気分が高揚し、ハイテンションで、怒りっぽく普段の調子(100%)を超えた期間が数日以上続いたことがありますか？	はい いいえ
頼まれたり、誘われると断らず、睡眠時間を削ってでも付き合うほうである	はい いいえ

身体的な病気・手術についてお知らせください。(高血圧、糖尿病、結核、喘息、腫瘍など)

- なし
- あり(下にご記入ください。)

年齢	病名	どんな治療	現在の状態
才		内服薬()、 手術、その他()	治療中・治癒・ その他()
才		内服薬()、 手術、その他()	治療中・治癒・ その他()
才		内服薬()、 手術、その他()	治療中・治癒・ その他()

アレルギーについてお答えください。

- なし
- あり(下にご記入ください。)

- 薬剤名:
- 食品名:
- その他:

生活歴についてお答えください。

たばこ： 吸わない 以前吸っていた 吸う (1日 _____ 本)

アルコール： 飲まない 機会飲酒(付き合い程度)
飲む (種類： _____ 量： _____)

出身地： _____

学歴： _____ 中学校
_____ 高等学校
_____ 大学 _____ 科

職業： _____

不登校や休職の時期があればご記入ください。

[_____]

宗教：なし あり(内容 _____)

趣味： _____

女性の方はお答えください。

初潮： _____ 才

月経：規則的 不規則 周期： _____ 閉経

妊娠：妊娠中 妊娠していない

出産歴：なし あり → 出産 _____ 回、流産 _____ 回

家族構成についてお答えください。

氏名	年齢	続柄	同居/別居	健康状態
	才			健康・病気有(_____)
	才			健康・病気有(_____)
	才			健康・病気有(_____)
	才			健康・病気有(_____)
	才			健康・病気有(_____)

ご家族についてお答えください。

ご自分の両親、祖父母あるいは兄弟姉妹、お子様が、現在もしくは過去に精神疾患にかかったことがありますか？

なし

あり → 下記にご記入ください。

[_____]

本日何かあった場合連絡させていただくことがあります。携帯番号をご記入ください。

携帯はつながるようにしておいてください。

携帯番号 _____ 本人 本人以外 ご関係(_____)

※本日総合受付のカードリーダーでマイナ保険証による診療情報取得の同意ボタンを押しましたか。

いいえ (マイナ保険証をお持ちでない方もこちら) はい、押しました