

# 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。(○をつけて下さい)

- 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下さい。

- 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。簡単にご記入下さい。

( )

身体的な病気・手術についてお知らせ下さい。(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下さい。

- 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下さい。

- 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下さい。

宗教： なし あり(内容 \_\_\_\_\_ )

趣味：

女性の方はお答え下さい。

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下さい。

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下さい。

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→下記にご記入下さい。

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。携帯番号をご記入下さい。

携帯はつながるようにしておいて下さい。

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「マイナ保険証の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