

## 1 ページ目

## 問診表

記入者： 本人 ・ 父 ・ 母 ・ 夫 ・ 妻 ・ 子 ( ) ・ その他 ( )	
ご 本 人	フリガナ：
	氏 名： (男・女)
	生年月日： (西暦・大・昭・平) 年 月 日 ( 歳)
	住所：〒 -
	自宅電話：
	携帯電話： 本人・家族 ( ) ・ その他 ( )
	電話の時にクリニックの名前を出してもかまいませんか？ ( はい・いいえ )
職業または学校名：	

本日の受付はどちらを提示されましたか？ 保険証 マイナ保険証  
 ※マイナ保険証を提示の方→ 診療情報提供書に同意されましたか？ はい いいえ

以下、わかる範囲で結構ですので、お答えください。

- 心配なこと・困ったこと（受診の理由）は何ですか？それはいつ頃からですか？  
( ) 頃から ( 理由： )
- 同居の家族構成と年齢を書いてください。 例：母（50歳）弟（20歳）  
( )
- 心療内科・精神科を受診されたことはありますか？ 有・無  
( 歳の時) (医療機関名： 病名： )
- 持病または現在治療中の病気はありますか？ 有・無  
(通院中の医療機関名： 病名： )
- 本日紹介状はお持ちですか？ 有・無
- 手術を受けたことはありますか？ 有・無  
( 歳の時) (医療機関名： 病名： )
- 現在常用している薬はありますか？  
ない ・ ある (薬剤名： )
- 出生時異常はありましたか？ ( ある・ない )  
(仮死状態・鉗子分娩・帝王切開・未熟児・その他 ( ) )
- 子どもの頃、発達の異常を指摘されたことはありますか？ 有・無  
( 歳の時) (どこで： )

**裏面に続く**

## 10. 学生時代のことについてお尋ねします

●幼稚園・保育園 (園名： 何歳から： 歳)

- 小学校（小学校名： \_\_\_\_\_ 不登校歴 ある（ \_\_\_\_\_ 年の時）・ない（ \_\_\_\_\_ ））
- 中学校（中学校名： \_\_\_\_\_ 不登校歴 ある（ \_\_\_\_\_ 年の時）・ない（ \_\_\_\_\_ ））
- 高校（高校名： \_\_\_\_\_ 卒業・中退（ \_\_\_\_\_ 年の時））
- 大学・専門学校（学校名： \_\_\_\_\_ 科： \_\_\_\_\_ 卒業・中退（ \_\_\_\_\_ 年の時））

11. 1日の食事について（1日 \_\_\_\_\_ 食）（食欲：普通 ・ 少食 ・ 食べ過ぎ）

12. 睡眠についてお尋ねします

（いつも大体 \_\_\_\_\_ 時頃寝て \_\_\_\_\_ 時頃起きる ・ バラバラ）

（よく眠れる・寝付きにくい・途中で目が覚める・朝早く目が覚めてしまう）

13. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？（ある（ \_\_\_\_\_ ））・ない）

14. タバコは吸いますか？（はい（1日 \_\_\_\_\_ 本）・いいえ）

15. お酒は飲みますか？（毎日・時々・飲み会の時だけ・まったく飲まない）

（種類： \_\_\_\_\_ 杯）

16. 女性の方にお尋ねします。妊娠の可能性はありますか？（はい（ \_\_\_\_\_ か月）・なし）

17. この1年で健診（特定健診および高齢者健診）を受診しましたか？

（はい（ \_\_\_\_\_ 月頃、指摘事項： \_\_\_\_\_ ））・いいえ

18. 福祉制度を利用していますか？（自立支援医療・障害福祉手帳・障害年金）

19. その他、医師に知らせておきたいこと・ご要望があればご記入ください

（ \_\_\_\_\_ ）

ご協力ありがとうございました。いただいた個人情報診療以外の目的には使用しません。  
 当院は診療情報を取得・活用することにより、より質の高い医療の提供に努めています。  
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

