

No.

～ 問 診 票 ～

※受診される方の情報を事前にお聞きしています。わかる範囲でお答えください。
事前にご記入、お持ちいただくと診察がスムーズになります。

平成 年 月 日	お名前	
1	今回受診してご相談しようと思われている事柄は何でしょうか。	
2	いつごろからですか。（数日前、1年前など）	
3	生活や仕事への支障はありますか。	なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>
4	食欲はどうですか。	食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない <input type="checkbox"/>
5	睡眠はどうですか。	眠れる <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/>
6	便通の調子はどうですか。	ふつう <input type="checkbox"/> 便秘・下痢 <input type="checkbox"/>
7	きっかけはありますか。（引っ越し、転居など）	なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>
8	人間関係のストレスがありますか。	なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>
9	仕事をしていますか。 （勤務先： ）	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
10	通学していますか。 （学歴： ）	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
11	結婚していますか。 （同居家族など： ）	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
12	ご家族が心療内科、精神科の治療を受けたことがありますか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
13	今までにご自身が心療内科や精神科で診察を受けたことがありますか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
14	心療内科や精神科でお薬をもらったことがありますか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
15	お薬で副作用がでたことはありますか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
16	今までに大きな病気をしたことがありますか。 （ ）	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
17	持病はありますか。 糖尿病・高血圧・高脂血症・心臓病・腎臓病・肝臓病・てんかん 緑内障・甲状腺の病気・（その他： ）	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
18	アレルギーはありますか。 （ ）	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
19	タバコを吸いますか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
20	お酒を飲みますか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
21	女性の方へ 月経はありますか。	順調 <input type="checkbox"/> 不順・ない <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/>
22	当院をどこでお知りになりましたか。差し支えなければお名前もお教えてください。 紹介 [知人・地域・職場・学校・公的機関・医療機関 ()] ホームページ・インターネット [携帯・PC (検索語:)] 看板・京都リビング・広告・電話帳・その他 ()	



まつうらクリニック