

## 心療内科問診票

当院へ御来院頂きありがとうございます。問診票を基に診断・治療を行ってまいりますので、ご記入のご協力の程宜しくお願い致します。

来院日	令和	年	月	日		
氏名	( )	電話番号	( - - )	( )		
住所	( 〒 )			( )		
生年月日	昭和・平成・令和	( )年	( )月	( )日	生まれ	( )歳
身長	( )cm	体重	( )kg	性別	( 男 ・ 女 )	

記載者 本人 ・ 本人以外の方 本人との関係( 例：兄、父、母など)  
女性の方のみチェックお願いします。 授乳中 ・ 妊娠中

1、今回はどんなことがお困りで受診されましたか？可能な範囲でご記載ください。

2、それはいつ頃からですか？

3、思い当たる原因はありますか？あるようでしたら可能な範囲でご記載ください。

4、下記の症状であてはまるもの全てにチェックしてください。

- 気分が落ち込む      不安      緊張      悲しい  
意欲低下      怒りやすい(イライラする)      動悸がする  
音に敏感になった      他人の視線が気になる      食欲低下  
考えがまとまらない      物忘れ      食欲過多  
眠れない ( 寝付きが悪い   何度も目が覚めてしまう   眠りが浅い)  
注意が散漫になり、ミスをするようになった  
つらく消えてしまいたいと感じることがある

5、これまでに心療内科・精神科を受診したことはありますか？

- はい      いいえ

(病院名などが分かりましたらご記載ください。)

6、現在治療中の病気はありますか？

はい

いいえ

高血圧   糖尿病   ぜんそく   緑内障   前立腺肥大症   甲状腺異常

その他の病気や、気になる症状がございましたらお書きください

(内科医師に症状を相談することも可能です)

7、現在使用しているお薬はありますか？ また、気になる副作用などがございましたら教えてください。

8、食べ物やお薬のアレルギーはありますか？ はい いいえ

ある場合は、名前をご記載ください。

9、ご家族に、心療内科・精神科に通院している方（していた方）はいらっしゃいますか？  
ある場合は教えてください。

10、生活についてお聞きします。

出身地（ ）

兄弟のいる場合（ ）人兄弟の（ ）番目

最終学歴  中学  高校  専門学校/短大  大学/大学院 最終学校名（ ）

仕事歴やその内容：(例：営業職を 5 年、その後事務職を 3 年)

結婚歴  有  無  離婚 /子どもの人数( ) 人/性別・年齢： ( )

同居している家族  有  無

(有りの場合は、家族構成を教えてください： )

11、現在利用している制度はありますか？

無  自立支援医療  障害者福祉手帳  介護保険

その他（等級など： )

12、その他、追加で聞きたい症状や質問があれば医師に伝えますので教えてください。

以上です。ご協力ありがとうございました。

➤当医院では、患者様への的確な診療を行うため、医師診察前に、専門資格を持つ担当スタッフが、事前に患者様のお話を伺い正確な状況把握を行います。記入していただいた問診票を基にお話を伺いますので、当日ご持参ください。

尚、事前問診には、初診問診料3000円(保険外)がかかりますので、ご了承ください。