

はじめて当院におかかりになる患者様へ…

## 【 問診票 】

患者様の状況をしっかり把握して診察させて頂くため、質問が多くなっております。

ご記入いただける範囲で結構です。また、診察時にお聞きになりたいことやご希望などございましたら、遠慮なくご記入ください。ご協力お願いいたします。

フリガナ お名前	.....	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)		
身長：	cm	体重：	kg	職業：	

1. この問診票を記入しているのはどなたですか？

ご本人 家族 ( ) その他 ( )

2. 今回の受診はどなたのお考えによるものですか？

ご自身から 家族からのすすめ 知人・友人からのすすめ 職場からのすすめ

3. お困りの症状、状況はどのようなものですか？

( ) 年 ( ) 月頃 もしくは ( ) 歳頃から

現在お困りの症状について、ご記入ください。

--

4. 眠れていますか？

はい いいえ

5. 気持ちが沈むことはありますか？

はい いいえ

6. 食事について詳しく教えてください。

① 食欲

普通 食べたくない 食べられない 食欲がありすぎる

② 体重

変わらない 減っている (3ヶ月で kg) 増えている (3ヶ月で kg)

7. これまでに精神科・心療内科の薬を服薬したことがありますか？

ある ない

