

本八幡こころクリニック 問診票

調子の悪いところ多くの質問で大変かと思いますが

より精度の高い良質な医療を提供する目的に行っておりますご協力よろしくお願いたします。

受診日： 年 月 日

ふりがな 性別： 男 ・ 女

お名前

生年月日： 年 月 日 ( ) 才

ご住所 〒

お電話番号 自宅： — — 携帯： — —

※予約確認等の連絡： 自宅・携帯・その他 ( )

ご連絡の際に「本八幡こころクリニック」と名乗っても良いですか。 ⇒ 良い・悪い ( )

緊急時の連絡先：(本人様以外) (ご関係： )

本日同伴の方は： いない・いる(本人様との関係 )

現在の住環境：一人暮らし・家族同居 ( )・その他 ( )

いつから、どのような症状がありますか？

\*お困りの症状をお書きください、 年 月 日頃から

診療に特別な希望あれば○をつけるかご記入ください(特に無ければ未記入でお願いします)

診断名を知りたい・漢方診療を希望・薬を使いたくない・自費にて診療したい・全て診察時に相談したい  
他

これまで別に別の心療内科・精神科を受診したことはありますか？

いいえ(この項目の質問は終了です)・はい(下の質問にお答えください)・紹介状(あり・なし)

年 月 日頃から 年 月 日まで 受診先名称 (外来・入院)

診断名： 処方薬：

他、過去の受診先：

以下の事柄で、当てはまるものがおありでしたら、○をつけて下さい

妊娠の可能性・妊娠中・授乳中・糖尿病・アレルギー・喘息・緑内障・高脂血症・高血圧・肝臓・腎臓疾患

\*上記以外で、これまでに病気や怪我はありましたか？(病期やケガ、手術、輸血など)ご記入ください

現在、他の病院から処方されているお薬がございましたら、ご記入ください

これまで合わないお薬、副作用やアレルギー反応が出たお薬などがあればご記入ください

眠れる・眠れない(寝つきが悪い・途中で目が覚める・早く目が覚める)・眠り過ぎる

食欲は(ない・ふつう・ありすぎる) 体重が3か月前より 増えた・変わらない・減った ( kg)

お酒：日・週・月に 種類 を ml程度 \*タバコ：1日に 本

●現在のご職業： \_\_\_\_\_ 年 月から ・ 休職中（ \_\_\_\_\_ から）

それ以前の職歴もおありの方は、こちらにご記入ください。

（ ）歳～（ ）歳 職業： \_\_\_\_\_ （ ）歳～（ ）歳 職業： \_\_\_\_\_

（ ）歳～（ ）歳 職業： \_\_\_\_\_ （ ）歳～（ ）歳 職業： \_\_\_\_\_

●出身地（ \_\_\_\_\_ ） ・ 最終学歴（ \_\_\_\_\_ ）（卒業・中退・在学中）

●ご家族についてご記入ください

ご両親 母：\_\_歳、父：\_\_歳 / 亡くなられている場合（父・母\_\_）歳 死亡原因：病気・事故・他  
兄弟姉妹：なし・あり（兄\_\_人、姉\_\_人、弟\_\_人、妹\_\_人 \_\_\_\_\_人中 番目）

血縁の家族・親族に心療内科/精神科の病気のあるかたはいますか？経過についてわかる範囲でお書き下さい

（記入例）兄：40歳、会社員、うつ病で通院中。祖父：80才、2年前から認知症で入院中、等

●婚姻について：未婚・既婚 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月（ \_\_\_\_\_ 歳のとき）

離婚・死別 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月（ \_\_\_\_\_ 歳のとき）

再婚 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月（ \_\_\_\_\_ 歳のとき）

子供：なし・あり（ \_\_\_\_\_ ） \*（例）2人、女5才、男2才

●今日の受診のことをご家族は知っていますか。（知っている・知らない）

●記入者の氏名 \_\_\_\_\_ （代筆の場合は、ご本人との続柄 \_\_\_\_\_ ）

お疲れさまです、ご協力ありがとうございました

当院は、厚生労働省の方針に基づき、オンライン資格確認等システム（マイナ保険証）の利用や問診票を通じて診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関です。正確な情報を取得・活用するため、オンライン資格確認等システム（マイナ保険証）の利用にご協力をお願いします。  
オンライン資格確認等システム（マイナ保険証）の利用状況や診療情報の取得同意、活用状況等に応じて、初診料の算定方法が異なりますのでご了承ください。