

問 診 票

日 付 令和 年 月 日

氏 名 職業 (学年)

記入者 続柄 ( )

★ 現在、あなたを含めて何人でお住まいですか？
それは誰ですか？ O印をつけて下さい
父・母・夫・妻・兄(人)・姉(人)・弟(人)・妹(人)・娘(人)
息子(人)・祖父・祖母・義父・義母・孫(人)・その他( )

★ 今日は誰と来ましたか？ 続柄

★ どのような症状ですか？ 該当するものにOをつけて下さい

Table with 4 columns and 6 rows of symptoms and checkboxes, including options like 'Can't sleep', 'Loss of appetite', 'Anxiety', etc.

上記症状に当てはまるものが無い方は具体的に気になる症状をお書きください

それは、いつ頃からですか？

そのために治療を受けたことがありますか？
(入院・通院)したことが(ある・ない) ある方は、病院名( )

★ 入院のご希望はありますか？
(ある・ない) ある場合は、どなたが？(本人・家族・その他)

★ ご家族で精神科にかかった方、もしくは現在かかっている方はいますか？
(いる・いない) いる方は、Oをつけて下さい
父・母・夫・妻・兄・姉・弟・妹・息子・娘・祖父・祖母・孫
親戚・その他( )

- ★ 現在または過去にかかったものがあれば、番号および(本人・家族)欄にOをつけて下さい。
1. 高血圧 (本人・家族) 2. 糖尿病 (本人・家族)
3. 腎臓疾患 (本人・家族) 4. 結核 (本人・家族)
5. 心臓疾患 (本人・家族) 6. 肝臓疾患 (本人・家族)
7. 胃炎・胃潰瘍 (本人・家族) 8. 喘息 (本人・家族)
9. てんかん (本人・家族) 10. けいれん発作 (本人・家族)
11. 甲状腺疾患 (本人・家族) 12. 消化器系の手術歴 (胃・腸)
13. その他 ( ) (本人・家族)

・・・・・・・・ 問 診 票 (その2) ・・・・・・・・

氏 名 \_\_\_\_\_ 記入日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

★ アレルギーについてお答えください。

☆ じん麻疹・アトピー・喘息・鼻炎・食物等のアレルギー症状はありますか？  
□ ある（症状： \_\_\_\_\_ ） □ ない □ 不明

☆ ご家族の中で、上記のようなアレルギー症状をお持ちの方がいますか？  
□ いる □ いない

☆ これまでお薬を飲んで、あるいは注射を打って、何か異常が起きたことがありますか？  
□ ある（薬品名： \_\_\_\_\_ ） □ ない □ 不明

↓

「ある」とお答えになった方のみお答えください。

その時、どのような症状でしたか？

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ・赤み・じん麻疹 | <input type="checkbox"/> 熱が出る |
| <input type="checkbox"/> 血圧低下           | <input type="checkbox"/> 息苦しさ |
| <input type="checkbox"/> けいれんが起こる       | <input type="checkbox"/> 下痢   |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）   |                               |

その際、処置を受けましたか？

- はい       いいえ

↓ どのような処置を受けましたか？

（ \_\_\_\_\_ ）

★ どういった理由で当院をお知りになりましたか？

1. 友人・知人 2. 電話帳(広告) 3. 保健所・役場 4. 医療機関 5. インターネット  
6. その他（ \_\_\_\_\_ ）

★ ご希望等、お伝えしておきたいことがありましたらお書きください。

-----  
-----  
-----

◆ ご協力ありがとうございました ◆