

# 問 診 票

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日

ご住所・電話番号（携帯と自宅でご来院からの連絡に支障なければ）

〒 \_\_\_\_\_ 電話 携帯 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 自宅 \_\_\_\_\_

現在お困りの症状をお書きください（どのような症状がいつ頃から）

以前同じような症状でどこかに相談や通院をしたことがありますか？（ はい いいえ ）

どこで（医療機関名など）

（医療機関名） \_\_\_\_\_

（病名） \_\_\_\_\_

下記の病気に当てはまるものに をして下さい

糖尿病 高血圧症 高脂血症 緑内障 アレルギー（花粉症 薬物 \_\_\_\_\_）

心臓病 喘息 甲状腺 その他 \_\_\_\_\_

手術歴 ない ある（いつ頃どんな手術を？ \_\_\_\_\_）

現在飲んでいる薬はありますか？（ はい いいえ ）

嗜好について

アルコール 飲まない 飲む（付き合い程度 ほぼ毎日 何をどの程度？） \_\_\_\_\_

タバコ 吸わない 吸う（何ミリグラムを1日何本？） \_\_\_\_\_

薬物使用歴 覚醒剤、コカイン等の使用歴が

ない ある（何をいつ頃？ \_\_\_\_\_）

血縁関係にある方で精神科に受診歴のある方または同じような症状の方がおられますか？

いない いる

女性の方のみご記入下さい 現在妊娠の可能性はありますか または授乳中ですか？

いいえ はい

保険種別 社保 国保 後期高齢 重度障害 その他公費