

問診票記入例

○ 初めて診察をお受けになる方に

記入日 28年 8月 8日

当院を どちらでお知りになりましたか？ ホームページ

初めての診察をスムーズに行うため、診察前に質問事項記入のご協力を書ける範囲でお願い致します

この問診票は個人情報保護法に基づき、他の目的に利用することはありません。

まつの木クリニック

ふりがな まつのき はなこ

患者様氏名： 松の木 花子 (男 女) (T S H) 61年 6月 6日生まれ 30歳

住所： 守谷市中央2-16-1 アワーズもりや2F 電話： 0297-45-6180

記入された方のお名前： 代筆の場合はご記入ください 患者様との関係： _____

1. 本日 相談したい内容は何ですか？ (ご自由にお書き下さい)

2週間前から眠れない 家事が手につかない

仕事でミスがふえた 気分が落ち込む

以下の項目で当てはまるものにチェックをしてください。

- | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 動悸息切れ | <input type="checkbox"/> しびれ |
| <input checked="" type="checkbox"/> 寝つきが悪い | <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める | <input type="checkbox"/> 朝早く起きる | <input type="checkbox"/> 悪夢を見る |
| <input type="checkbox"/> ふるえ | <input type="checkbox"/> 言葉のもつれ | <input type="checkbox"/> 手足が不自由 | <input type="checkbox"/> ひきつけ |
| <input type="checkbox"/> 失神 | <input checked="" type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> 性欲がない | <input type="checkbox"/> 気が沈む |
| <input type="checkbox"/> いらいら | <input checked="" type="checkbox"/> 不安 | <input type="checkbox"/> 死にたい | <input type="checkbox"/> 興奮 |
| <input type="checkbox"/> 暴力 | <input type="checkbox"/> もの忘れ | <input checked="" type="checkbox"/> 考えがまとまらない | <input type="checkbox"/> 頭が悪くなった |
| <input checked="" type="checkbox"/> 何もする気がない | <input checked="" type="checkbox"/> 元気が出ない | <input type="checkbox"/> 元気がよすぎる | <input type="checkbox"/> しゃべりすぎる |
| <input type="checkbox"/> 人柄が変わった | <input type="checkbox"/> 自分を傷つける | <input type="checkbox"/> みんなが噂している | |
| <input type="checkbox"/> 自分のことを周りの人が変な目で見ると | | <input type="checkbox"/> 何となく周りが変わったと思う | |
| <input type="checkbox"/> 実際にはないものが見えたり聞こえたりする | | <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |
| <input type="checkbox"/> 痛み (部位： _____) | | | |

2. いつ頃から症状が始まりましたか？

平成28年 2月頃から (または _____ 歳頃)

3. 症状のきっかけと思われるものはありますか？

仕事 家庭 友人 対人 その他 (_____)

ない わからない

4. 今までにこの病気の治療を受けましたか？

受けていない 受けた (松之木 病院 診療内科に 3年・ヶ月 入院・通院 した)

