

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)

問診票記入例

5. 市や会社の定期健康診断を受けていますか？

受けていない 受けた (どこで? 会社 最終実施 平成 27 年 5 月)

6. 今までかかった主な病気、けがなどがありますか？

12 歳頃 病名 虫垂炎 (外来通院 ・ 入院 ・ 手術)
 歳頃 病名 (外来通院 ・ 入院 ・ 手術)

かかったことのある病気に○を付けてください B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV

7. 出生地・今まで居住した場所・学歴・職歴などについてお書き下さい。

出生地 茨城県 発育 守谷市 両親の出生地 父 茨城 母 東京

最終学校名 (高校) まつの木高校 (大学/専門学校等) まつの木専門学校

卒業 在学中 中退 成績 (上 ・ 中 ・ 下)

職歴 (勤務先) アワーズ商事 (職種) 事務 (年数) 5年

職歴 (勤務先) (職種) (年数)

8. 今回の症状が出る前の、自分の性格について○で囲んでください。

内気 陽気 寡黙 孤独 社交的 素直 強情 勝気 わがまま
のんき 短気 苦勞性 几帳面 勤勉 怠け者 神経質 その他 ()

9. 婚姻について (未婚・既婚・離婚) 結婚年齢 26 歳 (初婚 ・ 再婚)

10. たばこ・酒・常用薬などあればお書き下さい。

たばこ 吸わない 吸う (1日 本 程度)

酒 飲まない 飲む (1日 ビール を 500ml 程度) 機会があるときだけ飲む

常用薬 ない ある (鎮痛剤)

11. 女性の方のみご記入ください。

妊娠の有無 (有 ・ 無 ・ 不明) 初潮年齢 12 歳 生理は (順調 ・ 不順) 閉経 歳頃

10. 下記の例にならって家系図を作ってください。(同居の家族を線で囲んでください。)

祖父 65 歳脳卒中	実父 60 歳 職業 自営業 (大工) 疾患	本人の兄弟	実子
祖母 90 歳頃老衰		兄 35 歳 公務員 健康	
		本人 30 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 女子 3 歳 健康
祖父 85 歳頃老衰	実母 59 歳 職業 パート 疾患 高血圧症	妹 28 歳 会社員 健康	
祖母 87 歳頃老衰		配偶者 32 歳 会社員 健康	

家族・親族の中に、下記の症状のある方がいれば、○で囲んでください。

精神疾患 中枢神経系疾患 てんかん 大酒家 自殺 高血圧 糖尿病

その他 () 続柄 母