

# 問診票 (初めての方へ)

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

ふりがな					大正・昭和・平成
受診者 お名前		性別	男・女	生年月日	年 月 日
ご住所	〒		電話番号 ( - - )		
記載者 お名前				本人との 続柄	

これからお伺いすることはより良い診療を行うための大切な内容です。お手数ですが、わかる範囲で記入または☑をお願いします。

① 当院受診の きっかけ	<input type="checkbox"/> 知人の紹介・勧め (紹介者： ) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他 ( )				
② 通院方法	<input type="checkbox"/> 電車・・・下車駅 <input type="checkbox"/> 西ヶ原駅(東京メトロ南北線) <input type="checkbox"/> 滝野川1丁目駅(都電荒川線) <input type="checkbox"/> 王子駅(JR) <input type="checkbox"/> 駒込駅(JR) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
③ かかりつけの 調剤薬局	<input type="checkbox"/> ない・・・院外処方の場合、どれを希望しますか？ <input type="checkbox"/> 病院の近く <input type="checkbox"/> 自宅の近く <input type="checkbox"/> 職場の近く <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> ある・・・薬局名 ( )				
④ 現在の症状	※具体的に書きください				
	※該当するものに☑をお付けください				
	<input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 集中できない <input type="checkbox"/> 閉じこもりがち <input type="checkbox"/> 発作、引きつけ <input type="checkbox"/> 身体についての悩み <input type="checkbox"/> 嫌がらせ、ばかにされる <input type="checkbox"/> 変なものが見える	<input type="checkbox"/> 憂鬱(ゆううつ) <input type="checkbox"/> イライラ感 <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 人柄が変わった <input type="checkbox"/> 人に知られてしまう感じ <input type="checkbox"/> 人が変な目で見て、うわさしている	<input type="checkbox"/> 不安感 <input type="checkbox"/> 緊張感 <input type="checkbox"/> 死にたい気持ち <input type="checkbox"/> 動悸、頭痛、吐き気 <input type="checkbox"/> 性についての悩み		
	●上記の症状はいつ頃からありますか？ ( )				
	●どんなきっかけですか？ ( )				
⑤ 性格傾向	<input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 気が短い	<input type="checkbox"/> 外交的 <input type="checkbox"/> 完璧症 <input type="checkbox"/> 飽きっぽい	<input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 温和	<input type="checkbox"/> おしゃべり <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 意志が弱い	<input type="checkbox"/> 心配性 <input type="checkbox"/> 責任感が強い <input type="checkbox"/> 甘えん坊
⑥ 自分のおかれた 周囲について の悩み	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・・・ <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ↳ ●どんなことですか？ ( )				
⑦ 神経科(精神科) の受診経験	<input type="checkbox"/> 受診したことはない <input type="checkbox"/> 受診したことがある・・・ <input type="checkbox"/> 入院経験なし <input type="checkbox"/> 入院経験あり (病名： )				
⑧ 入院治療の 希望	<input type="checkbox"/> 入院治療を希望しない <input type="checkbox"/> 入院治療を希望する ↳ ●どなたの希望ですか？ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				

※裏面もご記入ください。

