

問 診 票

記入日：平成 年 月 日

ふりがな		男	生年月日
氏名		女	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
自宅電話	※今後、病院名で電話を差し上げても構いませんか？		
携帯番号	はい/いいえ⇒希望方法：		

◎ この用紙にお答えして頂くのはどなたですか？
 1・患者様本人 2・同伴者様 氏名() 続柄() 連絡先()

◎ 当院を選んだ理由は何ですか？
 1. 家族の紹介 2. 市役所の紹介 3. 当院のホームページ 4. インターネット (紹介サイト、口コミ)
 5. 保健所の紹介 6. その他 ()

☆ 個人情報として慎重に扱いますので、できる範囲でお答えください。
 ☆ クリニック内で、お名前を呼ばれたくない方は、受付にお伝えください。

1. 本日はどのようなことがお困りで受診されましたか？

2. それはいつ頃ですか？

3. 今までに心療内科や精神科にかかったことはありますか？ ⇒ (ない ・ ある)

年 月 ~ 年 月ごろ 病名： 病院名：

4. 今までにかかった主な病気やケガについて教えてください。

病 名	いつから	病 院 名	現 在
(例) 糖尿病	H25年～	○×病院	<u>通院中</u> ・ なおった
			通院中 ・ なおった
			通院中 ・ なおった
			通院中 ・ なおった
			通院中 ・ なおった

高血圧 糖尿病 骨粗鬆症 食物・薬物アレルギー 手術の経験

肺疾患 心疾患 肝疾患 腎疾患 甲状腺疾患 その他 ()

アルコール (1日平均 _____ ml × _____ 年) ⇒ 何を飲んでいますか？ ()

タバコ (1日平均 _____ 本 × _____ 年) ⇒ 現在 (吸っている ・ やめた)

問 診 票

6. 女性の方で妊娠中・妊娠している可能性がある。 ⇒ (はい ・ いいえ)

7. 利用されている福祉制度に○をつけて下さい。

障害者年金	介護保険	障害者自立支援	障害者手帳
-------	------	---------	-------

8. 会計時、明細書を無料発行することが出来ますが、希望されますか？ ⇒ (はい ・ いいえ)

9. 生活歴・家族構成につきましてご記入ください。

出生地 ()	最終出身学校 ()	在学 卒業 中退)
---------	------------	------------

◎ 現在とこれまでの職業 ※退職されている方はかつての職業を教えてください

現在の職業 ()	仕事内容: ()	在職期間 (~)
これまでの職業 ()	仕事内容: ()	" (~)
" ()	仕事内容: ()	" (~)
" ()	仕事内容: ()	" (~)

◎ ご家族について教えてください。

配偶者 いる ⇒ 妻/夫の氏名: (歳) (初婚・再婚)
 いない ⇒ (未婚・離別・死別)

お子様

1、【男・女】氏名: (歳)	3、【男・女】氏名: (歳)
2、【男・女】氏名: (歳)	4、【男・女】氏名: (歳)

両親

1、父 ⇒ いる ・ いない	2、母 ⇒ いる ・ いない
----------------	----------------

兄弟姉妹

1、【男・女】氏名: (歳)	3、【男・女】氏名: (歳)
2、【男・女】氏名: (歳)	4、【男・女】氏名: (歳)

◎ 同居されている方は？ 同居されている方をご記入下さい (例: 父、母、妻、夫、娘、息子など)
 いない ・ いる ⇒ ()

◎ 1番積極的にかかわっている方はどなたですか？ ⇒ いない ・ いる ()

10. その他

屋外歩行 ⇒ 自立 介助があればしている していない
 車椅子 ⇒ 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用 ⇒ 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

ご記入ありがとうございました。

美唄すずらんクリニック