

問診票

名前 _____

診察・治療等の参考にしますので、差しつかえのない範囲でお教えてください。

①今日どのような相談で受診されましたか？

例) 気分が落ち込む、眠れない、イライラする、物忘れがある など

②それは、いつ頃から始まりましたか？

③これまでに治療を受けられた方は、その経過を教えてくださいませんか？

詳しく教えていただけると助かります。

④薬でアレルギーが出たことはありますか？

ない ・ ある (薬の名前: _____)

⑤現在、治療中の病気がありますか？

ない ・ ある (病名: _____)

⑥心臓病や緑内障の診断を受けたことがありますか？

ない ・ ある (心臓病 ・ 緑内障)

⑦体質や気質 (性格) についてお尋ねします。

⇒ 気分の浮き沈みがある (はい・いいえ)

⇒ イライラしやすい (はい・いいえ)

⇒ 恐がりや心配性である (はい・いいえ)

⇒ 月経前や最中は、体調不良や気分が悪くなりやすい (はい・いいえ)

(裏面に続きます。)

- ⇒ アルコールを飲む (ほぼ毎日飲む・機会があれば飲む・飲まない)
- ⇒ 肩や首が凝りやすいですか? (はい・いいえ)
- ⇒ 下痢や便秘になりやすいですか?
(下痢しやすい・便秘しやすい・両方起こる・快便である)
- ⇒ 寒がりですか? (寒がり・どちらでもない・暑がり)

⑧簡単な生活歴を教えてくださいと治療の参考になります。

- ⇒ 生まれはどこですか? (_____)
- ⇒ 兄弟姉妹は何人いますか? (_____)
- ⇒ 現在の家族構成は? (_____)
- ⇒ 結婚はしていますか? (未婚・既婚 (____ 年前)・離婚・再婚・死別)
- ⇒ 同居者はいますか? ひとり暮らし・同居者あり (_____)
- ⇒ 最終学歴は? (_____ 卒・在学中・中退)
- ⇒ 職歴は? 在職中 (職業 : _____ 勤続年数 ____ 年)・離職中
前職について (_____ 年 職業 : _____)
(_____ 年 職業 : _____)
(_____ 年 職業 : _____)
(_____ 年 職業 : _____)

⑨ご家族のことで悩みや気がかりなことがありましたら、お教えてください。

例) ご両親のこと、ご兄弟のこと、配偶者のこと、子供に関することなど

⑩当院をどこでお知りになりましたか?

- 紹介 (知人・家族・他の医療機関 院名 : _____)
- インターネット
(i-タウンページ・ファインドクター・当院のホームページ・その他)
- 看板・タウンページ・その他 (_____)

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

村上医院