

問 診 票

| | | | |
|--|--|---------------|----|
| ふりがな | | 生年月日 | 年齢 |
| お名前 | | M.T.S.H 年 月 日 | 才 |
| 住 所 | | 携帯電話 | |
| | | 電 話 | |
| 事務上の連絡先--- 自宅・携帯・その他() 連絡の際、クリニック名を名乗ってもいいですか(可・不可) | | | |

1.いつから、どのような症状がありますか。

・いつから 平成・昭和 年 月 日ごろから
・どのような症状がありますか。(記入例) 憂うつ・眠れない・不安・人前でひどく緊張する・物忘れなど

・きっかけとなった出来事や状況、ストレスがありますか。

2.現在の健康状態

体重(変わらない・やせた・太った) 食欲(良い・悪い) めまい(ない・ある)
胸がドキドキ(する・しない) 便秘(良い・下痢・便秘) 立ちくらみ(ない・ある)
睡眠(良い・悪い)・・・寝付けない・途中で目が覚める・早く目覚める・ぐっすり寝た気がしない・夢が多い
月経(順調・不順) 閉経(才で) 妊娠の可能性(あり・なし)
アレルギー(あり・なし)・・・ぜん息・アトピー性皮膚炎・鼻炎・じんましん・薬のアレルギー()

3.既往歴(下記に当てはまる疾患があれば 印をつけてください)

・緑内障 ・前立腺肥大症 ・糖尿病 ・気管支ぜんそく ・狭心症 ・心筋梗塞
・高血圧 ・高脂血症 ・肝炎 ・その他()

4.現在、治療中の病気はありますか

・はい 病名() ・いいえ
服用中の薬()

5.今まで心療内科・精神科の治療を受けたことがありますか

・はい 平成・昭和 年 月頃 ・いいえ
(病院 外来・入院)

6.こちらをお知りになったきっかけは

・携帯 ・インターネット ・タウンページ ・看板 ・知人の紹介(お名前)

7.現在、介護サービスを受けていますか

・はい 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4 ・いいえ

8.今回は、どうやって来られましたか

・バス ・電車 ・車 ・バイク ・徒歩 ・その他

8.その他

ご協力ありがとうございました。
諏訪の杜クリニック