

問診票-成人用-



来院されましたら、こちらの間診票と保険証等を受付へ提出ください。他院からの紹介状等も受付へお渡しください。

ご記入いただいた個人情報は、当院での診療行為にのみ使用いたします。事前にご相談者様の同意なく第三者に開示、情報の漏えいをすることはありません。

また、医療費請求に必要な書類(保険証等)を複写させていただいております。同意いただけない場合は、受付へお申し出ください。なお、複写した書類は請求事務以外の用途に用いることはありません。

記入者： 本人 ・ 父 ・ 母 ・ その他 () 記入日： 年 月 日

Form with fields for name, sex, height, weight, birth date, occupation, address, and contact info.

■当院をどちらでお知りになりましたか。
ホームページ ・ 紹介 () ・ 以前に橋本医師の診察を受けていた ・ その他 ()

■今回どのようなことでお困りでしょうか。
それはいつ頃からですか。()年()月頃から

■これまで、かかったことのある医療機関を教えてください。

Table with columns: 医療・相談機関名, 病名, 期間 (年 月 ~ 年 月)

■どなたが受診を希望されましたか。もしくは受診を勧められましたか。(複数回答可)
本人 ・ 父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ きょうだい ()
上司や同僚 ・ 産業医 ・ カウンセラー ・ その他 ()

■現在の健康状態についてお尋ねします。
睡眠： よい ・ 悪い (寝つきが悪い ・ 夜中に何度も目が覚める ・ 早期に目が覚める)
食欲： ある ・ ない
喫煙： すわない ・ やめた ・ すう → とときどき ・ 1日 ()本 ・ 1日 ()箱
飲酒： 飲めない ・ やめた ・ 飲む → 毎日 ・ 週に ()回 ・ 月に ()回

■これまでに経験した病気についてお尋ねします。(複数回答可 Oをつけてください)
入院経験： ない ・ ある → ()
既往歴： 熱性けいれんやひきつけ ・ 頭を強くうつ ・ 気を失う ・ てんかん
高血圧 ・ 心臓疾患 () ・ 脳神経系疾患 () ・ 糖尿病 ・ アナフィラキシー
その他 ()

アレルギー： ない ・ ある
花粉 ・ アルコール ・ 卵黄/卵白 ・ 甲殻類 () ・ 乳製品 ()
魚 ・ 貝 ・ ソバ ・ 小麦 ・ 添加物 () ・ 肉 ()
果物 () ・ その他 ()
薬剤アレルギー・副作用： ない ・ ある
鎮痛剤 () ・ 風邪薬 () ・ 抗うつ薬 ()
向精神薬 () その他 ()
常用薬： ない ・ ある ()

■女性の方にのみお尋ねします。Oをつけてください。
・ 現在、妊娠されていますか。 はい ・ いいえ ・ わからない ・ 授乳中
月経： 順調 ・ 不順 (いつ頃から) ・ ない

■妊娠・出産時、子どもの頃のことについてお尋ねします。あてはまるところにOをつけてください。
安産 ・ 難産
妊娠中・出産時の異常所見： ない ・ ある ()

言葉が話すのが遅かった ・ 迷子になりやすい ・ 人見知りをしない ・ 人見知りが強かった
独り遊びが多い ・ 道順や物の位置にこだわる ・ 文字を覚えるのが苦手 ・ 計算が苦手
計画を立てられない ・ 提出物を期限までに出せない
学校に行けなくなった時期がある (時期・期間)
得意な教科： () 苦手な教科： ()

裏へつづく

■治療上、考慮すべき信仰やご事情はありますか。 あり ・ なし

■ご自身の性格や特徴についてうかがいます。あてはまると思われるものに○をつけてください。

(複数回答可)

愛想が良い ・ がんこ ・ きまじめ ・ 要領が良い ・ 要領がよくない ・ 無頓着 ・ 控え目
無口 ・ 人づきあいが好き ・ 人づきあいが苦手 ・ 完璧主義 ・ 粘り強い ・ 頑張り屋
あきっぽい ・ 疑い深い ・ 心配性 ・ 気が弱い ・ 規則を守る ・ 他人に関心がない ・ 短気
こだわりが強い ・ 神経質 ・ すぐにかつとなる ・ 忘れ物が多い ・ マイペース ・ 穏やか
友達があまりいない ・ どちらかというと不注意 ・ 場の空気が読めない ・ おおらか
緊張しやすい ・ 他人の気持ちがわからない

■ご家族についてお聞きします。

・父 _____ 歳 職業： _____ 健康状態： _____

・母 _____ 歳 職業： _____ 健康状態： _____

・きょうだい（ご本人は除く） _____ 人

男 ・ 女 _____ 歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

男 ・ 女 _____ 歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

男 ・ 女 _____ 歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

男 ・ 女 _____ 歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

男 ・ 女 _____ 歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

・配偶者 なし ・ あり → _____ 歳 職業： _____ 健康状態： _____

・子 なし ・ あり _____ 人

男 ・ 女 _____ 歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

男 ・ 女 _____ 歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

男 ・ 女 _____ 歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

男 ・ 女 _____ 歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

男 ・ 女 _____ 歳 職業・学年： _____ 健康状態： _____

・同居しておられるご家族にすべて○をつけてください。

父 ・ 母 ・ きょうだい _____ 人 ・ 配偶者 ・ 子 _____ 人 その他 (_____)

■ご家族・ご親戚の中に、次の病気にかかった・かかっている方はいますか。あてはまるものに○を付けてください。

うつ病 ・ 双極性障害 ・ 統合失調症 ・ 自閉性障害 ・ 注意欠陥多動症 ・ 学習障害
知的障害 ・ その他の精神疾患 (_____)

高血圧 ・ てんかん ・ 心臓疾患 (_____) ・ 糖尿病 ・ くも膜下出血
その他の病気 (_____)

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。受付へお出してください。