

# 問診票

令和      年      月      日

患者様の状況をしっかり把握し、診療に役立てるため質問事項が多くなっています。  
記入が難しいとお感じになられた場合や、よくわからない項目は空欄のままでも問題ありません

お名前

年齢

生年月日

歳

年

月

日

住所 〒

連絡先 (TEL)

同伴者お名前

続柄

\* 本日受診された主な症状、相談したい内容があればご記入ください。

\* 今回の来院は ☐ 自分が希望して ☐ 家族の勧めで ☐ その他 (                      )

\* 最近の状態で以下に当てはまるものがあればチェックをつけて下さい。(いくつでも可)

☐夜眠れない(平均      時間) ☐食欲がない(      kg減った) ☐意欲がでない

☐気分が落ち込む ☐自分を責めてしまう ☐不安感が強い ☐自死について考える

☐イライラする ☐集中力が続かない ☐すぐに疲れる

☐物事への興味関心がなくなる ☐その他 (                      )

\* 症状が始まったのはいつごろからですか？

令和・平成・昭和

年

月

日頃から

\* 現在症状は ☐悪くなっている ☐良くなっている ☐変わらない

\* 「日によって」あるいは「時間帯によって」好調・不調の波はありませんか？

☐あり

☐なし

↓裏面に続きます



みのりクリニック

MINORI  
CLINIC

\* きっかけとなった出来事やストレスがあればご記入ください。

---

\* 生まれてから今までについて当てはまるものにチェックをつけてください。

生まれた時 ☐未熟児 ☐発達の遅れ ☐ひきつけ ☐けいれん

☐その他( ) ☐わからない

学童期 ☐チック ☐不登校 ☐ひきこもり ☐大きな怪我 ☐その他( )

内科の病気 ☐緑内障 ☐前立腺肥大 ☐糖尿病 ☐高血圧 ☐高尿酸血症 ☐脂質異常症

☐脳梗塞 ☐心臓病 ☐がん ☐その他( )

精神科の病気 ☐うつ病 ☐双極性障害(躁うつ病) ☐パニック症 ☐統合失調症

☐強迫症 ☐発達症 ☐認知症 ☐その他( )

\* 現在服用しているお薬はありますか

\* 喫煙、飲酒について教えてください

・喫煙 ☐吸わない ☐吸う      ・飲酒 ☐飲まない ☐飲む

\* 食べ物やお薬のアレルギーがあればお書きください。また相性が悪かったお薬があればお書きください。

食べ物 \_\_\_\_\_ お薬 \_\_\_\_\_

\* 現在治療中の病気・過去に治療した病気がありましたらお書きください

\* 【女性の方のみ】当てはまるものにチェックしてください

☐ 妊娠中      ☐ 妊娠の可能性      ☐ 授乳中

↓ 2枚目に続きます

\* 性格についてあてはまるものを選んでください。

☐明るい ☐楽天的 ☐内向的 ☐礼儀正しい ☐頑固 ☐短気 ☐怒りっぽい ☐神経質  
☐負けず嫌い ☐あきやすい ☐派手好き ☐わがまま ☐無口 ☐気むずかしい  
☐あいそがない ☐交際が狭い ☐几帳面

\* 家族関係でお悩みのことはありますか

☐はい ( ) ☐いいえ

\* 職場関係でお悩みのことはありますか

☐はい ( ) ☐いいえ

\* 職種・職歴をご記入ください。

\* 趣味があればお書きください。

\* 当院をどちらでお知りになりましたか

☐インターネット ☐看板 ☐知人 ☐通りがかり ☐その他 ( )

\* 診療に関するご希望があれば、なんでもご記入ください。

\* 【マイナンバーカード保険証での受信の方へ】

過去の診療情報の取得に同意しますか？

☐ 同意する ☐ 同意しない

ご協力いただきありがとうございました