

問診票：初めて診察を受けられる方へ

記入日 年 月 日

氏名	ふりがな	生年月日		歳
住所	〒			
電話番号				
メールアドレス	@			

緊急連絡先	緊急時にご本人以外に連絡を取る必要が生じた場合に使用させていただきます。			
氏名		続柄		
住所	〒			
電話番号				

以下の質問にお答えください。

1.心のしくみ教室はご覧になって来院されましたか。 はい いいえ

2.YSメソッドについて興味がありますか。 はい いいえ

3.本日の受診の理由（お困りの事や相談したい事など）をお書きください。

4.それはいつごろからですか。

5.今までに心療内科や精神科に受診や入院したことはありますか。 はい いいえ

は い の 方	いつ頃：
	病名：
	病院名：
	入院歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

6.過去に心療内科や精神科以外で手術や入院したことがありますか。

はい 何歳の時： 病名：

いいえ

7.現在、通院中の病気があればお書きください。（高血圧、糖尿病、心臓病など）

いつ頃から：

病名：

8.内服中のお薬があればお書きください。（お薬手帳をお持ちの場合は、ご提出ください）

9.ご家族や血縁関係の方で、心療内科や精神科含めた大きなご病気をされた方は
いらっしゃいますか。わかる範囲でお書きください。

裏面もご記入ください

10.食べ物やお薬でアレルギーがありますか。		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
食べ物：	症状：		
お薬：	症状：		
11.ご自身の性格についてお書きください。			
12.家族構成を教えてください。			
ご両親：	健在	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母
		他界	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母
ご兄弟：	人兄弟（姉妹）の		番目
婚姻歴：	<input type="checkbox"/> 未婚	既婚	回 <input type="checkbox"/> 離婚歴
子供：	人		
現在同居のご家族：			
13.ご職業（または学年）を教えてください			
ご職業：	最終学歴：		
14.一日の過ごし方についてお尋ねします。			
起床時間：	就寝時間：		
始業時間：	就業時間：		
食事：	回/日	食欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
タバコ：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	本/日	歳から
お酒：	<input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/>	日/週 <input type="checkbox"/> 付き合い程度
	種類:	量:	ml/日
運動習慣：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(何を)	
趣味：			
ストレス発散方法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
15.信仰している宗教があればお書きください			
16.女性の方にお尋ねします。		<input type="checkbox"/> 妊娠中	<input type="checkbox"/> 授乳中
17.当クリニックをどこでお知りになりましたか。			
<input type="checkbox"/> インターネットで検索			
<input type="checkbox"/> 紹介 (どなたから))			
<input type="checkbox"/> 本を見て (タイトル:)			
<input type="checkbox"/> 看板を見て			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
18.何かご意見やご要望があれば、ご自由にお書きください。			