

問診表

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒		
電話番号	(— —) ※携帯をお持ちの方は携帯番号		

※緊急時のご連絡や診断書等の書類作成などに関わりますので、ご連絡先に変更があった際は速やかに受付にお申し出ください。

どのようなご症状でお悩みですか？
そのご症状はいつ頃からですか？
<p>上記以外ではあてはまるものがあれば○をつけて下さい</p> <p>頭痛 肩こり 喉の締め付け感 胸苦しさ 息苦しさ 立ち眩み 動悸 嘔気 胃痛 腹痛 下痢 涙が出やすい 寝つきが悪い 何度も目が覚める 早朝に目が覚める</p>
<p>現在のストレスで特に大きなものに○をつけて下さい</p> <p>業務量 業務内容 職場の人間関係 通勤の電車・バス 夫婦関係 親子関係 友人関係 介護 子育て その他 ()</p>
<p>現在、治療中のご病気、また過去にかかったご病気はございますか？</p> <p>糖尿病 緑内障 心疾患 ぜんそく その他 ()</p>
<p>現在、飲んでいるお薬はございますか？(市販薬・サプリメントを含みます。)</p> <p>いいえ ・ はい ()</p>
<p>食べ物や薬・注射でアレルギーを起こしたことはございますか？ (気分が悪くなる、じんましんが出るなど)</p> <p>いいえ ・ はい ()</p>
<p>※女性の方へ</p> <p>現在、妊娠中あるいは、授乳中ですか？</p> <p>いいえ ・ はい (妊娠中 ・ 授乳中)</p>

裏面もご記入下さい。

問診表

精神科通院歴があれば教えてください（わかる範囲で結構です）

医療機関名	治療期間	入院・外来	病名
1.	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来	
2.	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来	
3.	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来	
4.	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来	
5.	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来	

当院では、治療上の必要性から皆様に血液検査をご案内しております。

- ・心と体（自律神経）に影響のある項目（甲状腺ホルモン、亜鉛、鉄、血糖、40歳以上の方は女性ホルモン、男性ホルモン）を調べます。
- ・お薬を安全に服用するため、肝機能・腎機能（お薬の分解・排泄の機能）を調べます。
- ・薬を処方する前に血液検査を受けることで、服用開始後の副作用の有無を判別できます。
- ・血液検査のデータを拝見した上で、処方や食生活の指導を行う場合があります。

※血液検査でめまいや吐き気、内出血などを起こしたことがある方は事前にお知らせください。

血液検査を希望します。

血液検査は希望しません。

当院では、銃砲刀剣所持許可についての診断書は作成出来ません。

今後、作成のご希望予定はございますか？

いいえ ・ はい（「はい」の場合、当院では診療出来かねます。）

※紹介状・お薬手帳・検査結果をご持参の方は、事前に受付にご提出お願いします。

※ショートメールで簡単なアンケートをお送りしますので、ご協力お願い致します。

ご協力ありがとうございました。

受付へご提出ください。