

あおぞら湘南クリニック 問診票

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 生まれ
お名前				

① 本日は具体的な症状として、どのようなものがありますか？

② 診断書は今日、必要ですか？（ はい ・ いいえ ）

提出先 _____

③ いつ頃から悩み・症状が始まりましたか？

④ 病気のきっかけと思われることはありますか？

⑤ このことでどこかに相談・通院したことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

どこで(医療機関など) _____

また、他で心療内科・精神科にかかられたことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

(医療機関名) _____

(病名) _____

⑥ 今までかかったことのある病気や持病について、（ ある ・ 特にない ）

高血圧 糖尿病 高脂血症 胃炎 胃・十二指腸潰瘍 アトピー 花粉症 喘息
 脳卒中 心臓病 肝臓病 腎臓病 子宮筋腫 貧血 痛風 結核 虫垂炎
 癌 外傷 緑内障 その他 ()

⑦ 現在 何か飲んでいる薬はありますか？（ ある ・ 特にない ）

薬の名前 _____

⑧ 今までに薬や食べ物で異常な反応(アレルギー)が出たことはありますか？(はい・いいえ)

薬や食べ物の名前 _____

⑨ 嗜好について

【アルコール】

飲まない

禁酒した 約 年前

飲む ほぼ毎日

・日本酒 合/日

ときどき

・ビール 合/日

付き合い程度

・ウイスキー 合/日

【タバコ】

吸わない

禁煙した 約 年前

吸う 本/日

【コーヒー】

飲まない

飲む 杯/日

⑩ ご家族および血縁の方で、心療内科・精神科にかかられた方はいらっしゃいますか？

(はい ・ いいえ)

⑪ あおぞら湘南クリニックに相談することを、ご家族はご存知ですか？（ はい ・ いいえ ）

⑫ 女性の方のみ、ご記入ください。

現在妊娠あるいはその可能性がありますか？（ はい(か月) ・ いいえ ・ わからない)

現在授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）