

あおぞら湘南クリニック 問診票

平成 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 勤務先へ提出の診断書は今日、必要ですか？（ はい ・ いいえ ）
- 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 |
| 癌 | 外傷 | 緑内障 | その他（ | | | | 虫垂炎 |
- 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 | | ときどき | 付き合い程度 |
| | ・日本酒 | 合/日 | | ・ビール | 合/日 |
| | | | | | ・ウイスキー |
| | | | | | 合/日 |
| 【タバコ】 | 吸わない | | | 【コーヒー】 | 飲まない |
| | 禁煙した | 約 | 年前 | | 飲む |
| | 吸う | | 本/日 | | 杯/日 |
- ⑩ ご家族および血縁の方で、心療内科・精神科にかか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 ）