問　診　表

フリガナ		男・女	電話番号	自宅	－　　－
氏　　名					
生　年　月　日	大正 昭和・平成　　年　　月　　日　　歳			携帯	－　　－
同　伴　者			続柄		
住　　所	郵便番号（　　－　　）				

以前に当院や大江病院又は他の精神科で診察を受けたことがありますか？	★あなたの身長体重は？	
• はい［約　　ヶ月・年前　　］病院・診療所	身長	cm
• いいえ	体重	kg

1　本日あなたが受診された理由(いつ頃から・どんな症状が・きっかけとなった出来事など）を簡単に記入してください。　＊この後、記入にもとづきお話をうかがいます

2　現在、他の病院にかかっていますか？
・はい[病院名：　　]　　・いいえ

＊飲んでいる薬がある方は、お薬手帳等を提出してください。

3　今まで大きな病気をしたことがありますか？
・はい　・脳疾患　・がん　・肝疾患　・高血圧　・甲状腺の病気　・いいえ
・糖尿病　・結核　・その他[　　]

4　アレルギーはありますか？
・はい[　　]　　・いいえ

5　お酒を飲みますか？
・はい　　・[　　]年前にやめた　　・いいえ
↳週に[　　]日　[種類：　　]を　[量：　　]くらい飲む

6　タバコを吸いますか？
・はい：一日に[　　]本　　・[　　]年前にやめた　　・いいえ

7　家族構成を教えてください。

氏名：	年齢：	続柄：	同居・別[　　]
氏名：	年齢：	続柄：	同居・別[　　]
氏名：	年齢：	続柄：	同居・別[　　]
氏名：	年齢：	続柄：	同居・別[　　]
氏名：	年齢：	続柄：	同居・別[　　]

8　ご家族（血のつながっている方）で、精神科にかかったことのある方はいますか？
・はい[どなたが：　　]　　・いいえ

9　お仕事について教えてください。

現在の職業：	いつから：	
前回の職業：	いつから：	いつまで：
その他：	いつから：	いつまで：

10　当院を何で知りましたか？
・大江病院にかかっていた　・知人の紹介　・[　　]病院の紹介
・インターネット　・その他[　　]