

# 初診問診票

平成 年 月

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 様

記入者 本人 ・ 本人以外 (続柄 \_\_\_\_\_ )

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 (日中の連絡先) \_\_\_\_\_ (携帯) ( \_\_\_\_\_ )

1. 具合の悪いところ、困っていることをご記入ください

2. それはいつ頃からですか

3. どなたに当科を紹介されましたか

当院の医師  他院の医師  当院のホームページ  上司  
 家族  友人 その他 ( \_\_\_\_\_ )

4. 以前に今回のことで、他院の診察を受けたことはありますか  
ない ・ ある ( \_\_\_\_\_ )

5. それはいつですか

6. 食物や薬へのアレルギー、薬の副作用はありますか

ない ・ ある ( \_\_\_\_\_ )

7. 患者様ご自身のことについてお尋ねします

1. 生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
2. 性別 男 ・ 女
3. 最終学歴  中学  高校  専門学校  大学  大学院 その他 ( \_\_\_\_\_ )
4. 婚姻状況  未婚  既婚  離婚  死別 その他 ( \_\_\_\_\_ )
5. 精神科入院なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ 回)

8. お勤めされている方にお尋ねします

1. 現在の勤務形態  勤務  年次休暇  傷病休暇  休職
2. お勤め先 \_\_\_\_\_
3. 常勤での勤務年数 \_\_\_\_\_ 年
4. 業種  建設業  製造業  電気・ガス・熱供給・水道業  卸売り小売業・飲食店  
 金融保険業  不動産業  サービス その他 ( \_\_\_\_\_ )
5. 事業規模  50人未満  50~99人  100~499人  500~999人  1000人以上

9. 患者様のご家族についてお尋ねします

1. 今までに神経疾患 (神経内科の疾患) で治療を受けた方はいらっしゃいますか (複数可)  
 いない  祖父  祖母  父  母  兄  姉  弟  妹  配偶者  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
2. 今までに精神疾患 (心療内科・精神科の疾患) で治療を受けた方はいらっしゃいますか (複数可)  
 いない  祖父  祖母  父  母  兄  姉  弟  妹  配偶者  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
3. 今までに自殺した方はいらっしゃいますか (複数可)  
 いない  祖父  祖母  父  母  兄  姉  弟  妹  配偶者  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

10. 患者様の家計を支えている方 (世帯主) についてお尋ねします

1. その方はどなたですか  
 患者様ご本人  配偶者 その他 ( \_\_\_\_\_ )
2. その方のお仕事は何ですか