問診票　　　　　　　　　　　　問診日：平成　　年　　月　　日

ふりがな

**氏　名　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　歳　　　　身長　　　　㎝　　　体重　　　㎏**

**〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　-　　　-**

**住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯番号　　　　　-　　　-**

1. 本日は、どのようなことで相談にいらっしゃいましたか。
2. また、その症状は（問題）はいつ頃から続いていますか。

　　　年　　　　月から　現在は、（悪くなっている・良くなっている・変わらない）

1. 今までに他の病院や診療所に相談に行かれましたか。

■はい　　■いいえ

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．今までにかかったことのある病気を教えてください。

■ない　　■ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．普段お飲みになっている薬があれば教えてください。

■ない　　■ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６．食べ物やお薬のアレルギーがあれば教えてください。

■ない　　■ある　食べ物：　　　　　　　　　　　　　　お薬：

７．アルコールについて。

　　■飲まない　　■飲む　（頻度：　　■毎日　　　■週に　　　回　　　■月に　　　回　）

８．おいでになったいきさつ。

　　■自分の意志で　　■（　　　　　）のすすめで　　■紹介状がある

同伴者はいらっしゃいますか。

■なし　　　　　■あり　　ありの方はご関係を記入ください（　　　　　　　　　　　　　　　　）

９．これまでの生活。

　　　最後に通った学校と学科の名前　　　　　　　　　・卒業　・中退　・在学中　・休学中

１０．現在の生活

現在の主な役割　（家事　・　学業　・　仕事（内容　　　　　　　お立場　　　　　　　　））

上記の役割を　（こなせている　・　なんとかやれる　・　時々休む・休んでいる）

１１．当院をどちらで知りましたか。

　　・医療機関の紹介　　・インターネット　　・看板　　・その他（　　　　　　　　　　　　　）