

開始時間 : ~

**初めて受診される方へ<問診票>**

年 月 日 記入者[ ]

氏名

(男・女) [生年月日]

年 月 日 歳

今日は、あなたの希望で受診されましたか? ( はい・いいえ )

あなたの希望でなければ、どなたの希望ですか?

[主訴] 今、一番困っている症状、お悩みのことをご記入ください。また、それはいつ頃からですか。

[現病歴] 精神科・神経科・心療内科を受診したことがあれば、ご記入ください。

**高齢者の方へ** 「物忘れ外来」など専門の医療機関を受診したことがあれば、加えてご記入ください。

[医療機関]

[きっかけ・病名]

[時期]

- 
- 
- 
- 

[身体科治療歴] 今までに大きな病気やケガ[ 通院・入院・手術 ]を経験されたことがありますか。

[医療機関]

[病名]

[時期]

- 
- 
- 
- 

**高齢者の方へ** 次のような病気にかかったことがあれば○をしてください。

[ 脳出血・脳梗塞・高血圧・糖尿病・甲状腺・パーキンソン病 ]

それはいつ頃ですか。( 年 月頃) 手術 有・無

現在、他科の病院を受診されていますか。また、それはいつ頃からですか。

[医療機関]

[病名]

[時期]

- 
- 
- 

現在、服用している薬はありますか。感想も併せてご記入ください。[お薬手帳: 有・無 ]

裏面へ

[生活歴] 出身地

学歴を教えてください。 \_\_\_\_\_ 中学 \_\_\_\_\_ 高校 (普通科・定時制・通信制)  
\_\_\_\_\_ 専門学校 ( \_\_\_\_\_ 専攻)  
\_\_\_\_\_ 大学 ( \_\_\_\_\_ 学部・ \_\_\_\_\_ 専攻)  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

職歴を教えてください。 \_\_\_\_\_ 転職をされている場合は、初めの頃からご記入ください。

ご結婚されていますか。 未婚・既婚 (結婚時年齢: \_\_\_\_\_ )  
離婚・再婚歴があれば教えてください。(離婚時年齢: \_\_\_\_\_ ) (再婚時年齢: \_\_\_\_\_ )

家族構成 \_\_\_\_\_ 兄弟は何人いますか。また、現在同居している方はどなたがおられますか。

ご家族・ご親戚で精神科・神経科・心療内科に受診歴のある方がいればご記入ください。(続柄、診断名)

[その他] あなたは元々どんな性格ですか?

飲酒 [ 飲まない・ときどき飲む・毎日飲む (飲酒量: \_\_\_\_\_ ) ]

喫煙 [ 吸わない・吸う (本数: \_\_\_\_\_ ) ]

女性の方へ

初潮( \_\_\_\_\_ 歳) 月経( 規則正しい・不規則 ) 閉経( \_\_\_\_\_ 歳)

現在、妊娠していますか。[ はい ( \_\_\_\_\_ 週) ・ いいえ ]

[サービス 利用状況] \_\_\_\_\_ 障害福祉サービスを利用されていますか。( はい・いいえ )

自立支援医療を利用されていますか。( はい・いいえ )

障害者手帳をお持ちですか。( はい・いいえ )

\_\_\_\_\_ 精神( \_\_\_\_\_ 級)・身体( \_\_\_\_\_ 級)・療育( \_\_\_\_\_ 級)手帳

介護保険を利用されていますか。( はい・いいえ )

\_\_\_\_\_ 要介護度: 要支援 ( 1・2 ) / 要介護 ( 1・2・3・4・5 ) / 申請中

利用しているサービス

\_\_\_\_\_ デイサービス・デイケア・訪問看護・訪問介護  
\_\_\_\_\_ その他 (利用機関名 \_\_\_\_\_ )