

初診問診票

令和 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