

精神神経科問診票

来院日 年 月 日 記入者：_____

氏名 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生 _____ 才

・いつ頃からどのようなことでお困りですか。

・その悩みでどこかのお医者さんにかかられましたか？（はい・いいえ）
_____ 頃 _____ 病院・医院に（入院・通院）した。

・今までかかったことのある他の病気はありますか？（ある・ない）

_____ 頃 病名 _____

_____ 頃 病名 _____

・アルコールは（飲まない・飲む）
週に _____ 回 （種類） _____ を
（量） _____ ぐらい

・たばこは（吸わない・吸う）
_____ 年前から 1日 _____ 本

・常備薬は（ある・ない） _____

・最終学歴は？ _____

・趣味は？ _____

・学校卒業から現在までのお仕事は？

・家族構成について教えてください。

・肉親の中に心療内科・精神科にかかれた方はおられますか？（ある・ない） _____

病名 _____

運転免許（あり・なし） 運転の頻度（運転している・してない）

自立支援医療（あり なし 以前持っていた）障害年金（あり 級、なし）

精神保健福祉手帳（あり 級、なし） 障害手帳（あり 級、なし）

この頃の体調について

睡眠（よい・悪い）

食欲（よい・悪い）

便秘（便秘・下痢・普通）

月経は（順調・不規則・なし）

*ご記入頂いた患者様の個人情報につきましては、当診療所の個人情報の取得及び利用目的に照らし合わせて、慎重に管理いたします。