

初めて来院される患者さんへの質問票 わかやま友田町クリニック

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 ( ) 記入年月日 年 月 日 記入者 (本人/他 )

住所 (〒 ) \_\_\_\_\_

(他の連絡先: ) \_\_\_\_\_

電話 (携帯/自宅/他 ) \_\_\_\_\_

どのような症状がありますか いつからありますか (例えば: 1ヶ月前から不安で眠れない)

夜間、眠れますか

はい

いいえ

寝付きが悪い・途中で目覚める・朝早く起きる・熟睡感がない

食欲は

ある

ない

体重減少あり・なし

不安を感じますか

ある

ない

気分が落ち込みますか

ある

ない

悲しい・楽しくない・やる気がない・集中力がない・自分を責める・イライラする

この症状で他院を受診したか

ある

ない

いつ頃:                      どちら:                      処方された薬:

現在飲んでいる薬

持病や入院・手術の経験

ある

ない

家族について

同居している方(例えば: 実母)

ある

ない

どなた:

親族で精神科通院していた方

ある

ない

どなた:

現在のお仕事 (会社・学校等)

ある

ない

職種:    期間 (例えば31歳~現在):

最後の学校の経歴

小学 中学 高校 大学 専門学校 その他 ( )

アレルギー

ある

ない

薬:                      食品:                      花粉症:                      他:

飲酒

する

しない

種類・量    頻度

受診された目的 (例えば: 睡眠薬で眠れるようになりたい)

処方の希望

あり

ない