

日付印

## 問診票

カルテNo.

ふりがな お名前	生年月日 年 月 日 歳
住所 〒	
TEL2:	TEL2:

1. ご相談内容をお書きください。
2. 1の状態になられたのはいつ頃ですか？
3. 1のような状態になられたきっかけのようなものがありましたら、お書きください。
4. 1のことでどちらかの病院を受診されましたか？ はい いいえ  
病院・診療所名 :  
それはいつからいつまでですか？ :  
どんな治療を受けられましたか？ :  
内服している(していた)薬の名前をご記入ください。 :
5. 今までにされた病気がありましたら○印をつけてください。  
また現在治療中のものには◎印をつけてください。  
高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃・十二指腸潰瘍 肺疾患  
眼疾患 耳鼻咽喉科疾患 婦人科疾患 整形外科疾患 外科疾患  
泌尿器科疾患 その他( )  
現在妊娠中ですか？ はい いいえ
6. 5の病気で現在服用されている薬はありますか？  
いいえ  
はい → 治療している病名 ( )  
現在服用している薬の名前( )
7. 薬のアレルギーはありますか？  
いいえ  
はい → 薬品名( )

裏面の質問にもお答えください

8. 当クリニックをどのように知られましたか？
1. ホームページを見て
  2. タウンページを見て
  3. 紹介されて
  4. インターネットで検索して（ご覧になったサイト名）
  5. その他（）

9. あまり深く考えずに、以下の質問にお答えください。

- A. この1か月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになることがよくありましたか？
- はい いいえ
- B. この1か月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがありましたか？
- はい いいえ
- C. 今までの人生をふりかえって、気分が高揚したり、怒りっぽくなったり、普段の調子以上に活動できた時期が数日以上続いたことがありますか？
- はい いいえ
- D. 大抵の人には何でもないような状況で突然、不安、おびえ、居心地の悪さ、息苦しさを感ずるような発作を1度以上経験したことがありますか？
- はい いいえ
- E. その発作は10分以上続きましたか？
- はい いいえ

10. 特に伝えたいこと、治療に対する要望がありましたらお書きください。

ご記入ありがとうございました  
かがわ心と体のクリニック