

問診票

* 下記項目は全て診察上大変重要な項目です。カルテと同様、病院の外部には一切出ることはありません。ご面倒でも、以下ご記入・該当項目を○で囲んで下さい。

(フリガナ)

名前 _____ 様 _____ 歳(男、女)

[代書の場合] 記入者続柄 _____

1. いま一番お困りのことは何ですか (具体的にお願い致します)

.....

2. いつ頃から症状が始まりましたか

_____年_____月_____日 (または _____ 歳) 頃から

3. 何かきっかけと思われる事 (原因) はありますか

・ある・ない・わからない

(内容)

4. こちらにおいでになったいきさつは

・自分からすすんで・ _____ にすすめられて・その他 (_____)

* 誰かと一緒に来ましたか?

・ 1人で来た・ (名前: _____、本人との関係 _____) と一緒に来た

5. いままで心療内科・精神科の治療を受けたことがありますか

..... 病院 科 年 月～ 年 月・通院・入院

..... 病院 科 年 月～ 年 月・通院・入院

..... 病院 科 年 月～ 年 月・通院・入院

6. これまで心療内科以外の病気などを診断されたことはありますか? すべてご記入ください。

* 高血圧・糖尿病・甲状腺・緑内障・前立腺肥大・その他 _____

* 現在内服中、使用中の薬はありますか (なし・あり) * サプリメント (なし・あり)

内容をわかる範囲でお書き下さい:

.....

7. 以前に次の件を指摘されたことがありますか

アレルギー体質食べ物: _____ お薬: _____

⇒ (2枚目に続きます。)

8. アルコールは

・飲まない ・飲む（1日平均_____くらい） ・機会飲酒（月 回）

9. タバコは

・吸わない ・辞めた（ 歳） ・吸う（1日平均_____本くらい） ・禁煙中

10. よく飲む飲み物は

・水 ・コーヒー ・紅茶 ・緑茶 ・ウーロン茶 ・麦茶 ・栄養ドリンク
・その他（ _____ ）

11. 趣味 なし ・ あり（ _____ ）

12. 運動習慣 なし ・ あり（ _____ ）

13. 最終学歴

_____ ・卒業 ・ 在学中（ _____ 年） ・ 中退

14. 現在の職業

_____ ・ 求職中 ・ 無職

職業歴（仕事の内容）

15. 元々あなたはどんな性格ですか？

・社会的・非社会的・陽気・内気・活発・無口・短気・心配性・移り気・凝り性・几帳面
・あがり症・その他（ _____ ）

16. 家族について

*同居人は なし・あり（本人を含め _____ 人）

*結婚は ①未婚 ②既婚（ _____ 歳） ③離婚（ _____ 回 _____ 歳） ④死別（ _____ 歳）

*子供は （ _____ 人）

17. ご家族（親族）で心療内科・精神科にかかったことのある方はいらっしゃいますか

病名_____、続柄_____ ・通院・入院

病名_____、続柄_____ ・通院・入院

18. 当院について何でお知りになりましたか？

・インターネット(ホームページ)・電話帳(タウンページ)・iタウンページ・新聞などの広告
・看板(当ビル・皆賀・石内)・他院からの勧め・紹介(_____)
・知人からの紹介(_____)

問診票の記入は以上です。ご記入ありがとうございました。

プライバシーポリシーについて

■基本方針のご説明

当クリニックに対してご予約・問い合わせ・質問等によって提供された個人情報は、原則として、その問い合わせ・質問等に対する回答、及び当クリニックのそれらの対応に関する今後の改善のために利用いたします。それ以外の目的で利用する場合は、個人情報を提供していただく際に予めその目的を明示致します。

当クリニックは、ご利用者様の同意を得ることなく、会社・機関・団体等の第三者に個人情報を提供、開示することは一切ありません。ご利用者様の同意に基づいて個人情報を提供する場合は、個人情報を漏洩や再提供等しないよう適切な管理を実施します。

当クリニックは、利用者に有益と思われる範囲内で、当クリニックの活動内容等の情報を、電子メール・郵便等により送信・送付し、または電話させていただく場合があります。ご利用者様は申し出によりこれらの取扱いを中止させることが可能です。

ご利用者様が、個人情報の照会、修正等を希望される場合には、申し出により合理的な範囲で速やかに対応致します。

当クリニックは、当クリニックが保有する個人情報に関して適用される法令、規範を遵守するとともに、本個人情報保護方針についての全部又は一部を改訂することがあります。

■同意書

上記をご理解頂いた上で、個人情報の取り扱いについて、以下にご署名ください。

*わたしは、自身の個人情報についてご家族・他人への説明を
(希望します・希望しません)

他人への説明をご希望の場合は、具体的にお書きください。(続柄・氏名)

ご家族の方 ()
会社の関係者 ()
施設職員など ()
ご友人など ()

*やむを得ない理由(自傷他害の恐れなどの緊急時・医療費未払い等)のため、
当院からご本人以外の方へ連絡が必要な場合の緊急連絡先をご記入下さい。

緊急連絡先： ()

続柄・氏名： ()

令和 年 月 日 ご署名： _____