

カルテNo. _____

初診日 平成 年 月 日

問 診 票 1

ご予約時間 _____ :

血圧 _____ 脈拍 _____

★ 以下の蘭に、ご記入願います。

ふりがな	性別
本人氏名	男・女
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	年齢 歳
現住所 〒	
電話番号	当院からの連絡 可・不可
緊急連絡先	当院からの連絡 可・不可
記入者： 本人 ・ その他 ⇒ (続柄 氏名)	

● 当院をどこでお知りになりましたか？

- インターネット 電話帳 ご家族・知人等
 医療機関などの紹介 (紹介状 あり・なし)
 その他 ()

● 薬のアレルギーはありますか？

- あり ⇒ 薬剤名 ()
 なし

● 介護・福祉サービスの状況

- 介護認定 (要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)
 障害者手帳 障害年金 自立支援医療
 生活保護
 訪問看護 ホームヘルパー デイケア・デイサービス
 グループホーム、老人ホーム、介護施設などに入居中

(2枚目、3枚目にもご記入ください)

問 診 票 2

● どのような症状ですか？（いくつでも）

- ・もの忘れ ・頭の回転がにぶい感じ ・注意力の低下 ・記憶が抜ける
- ・気分が沈む（ゆううつ・気がふさぐ） ・リラックスできない
- ・やる気が出ない ・死にたくなる ・自分が自分でない感じ
- ・心が落ち着かない ・不安感 ・緊張感 ・イライラ感 ・恐怖感
- ・悲しくなる（涙もろい） ・悲観的（マイナス思考） ・ソワソワ感
- ・過呼吸発作 ・パニック発作 ・胸が苦しい ・動悸（ドキドキ）
- ・興奮 ・徘徊 ・妄想 ・幻覚（幻聴・幻視など） ・奇妙な言動
- ・自傷行為 ・暴力行為 ・怒りっぽい ・衝動的 ・しゃべり過ぎる
- ・食欲不振 ・体重減少 ・拒食 ・過食 ・吐き気 ・おう吐
- ・寝つきが悪い ・途中や早朝に目が覚める ・過眠 ・起きられない
- ・便秘 ・下痢 ・便秘と下痢を繰り返す ・胃痛 ・腹痛
- ・頭痛 ・めまい ・立ちくらみ ・胸部不快感 ・腹部不快感
- ・電車や人混みが苦手 ・同じ事を何度も確認する ・けいれん
- ・その他（ _____ ）

● 上記の症状はいつ頃からですか？（簡単に）

（3枚目にもご記入ください）

