



みずほクリニック問診票

記入日： 年 月 日

来院日： 年 月 日（在宅の場合は記入不要）

*記入者名：		続柄(本人・その他)	
* 受 診 者	氏名： 男・女	生年月日： 和暦 T・S・H・R 年 西暦 年 月 日(歳)	
	住所：〒 —		
	TEL () /携帯電話 () ※今後、病院名でお電話差し上げても構いませんか？ はい / いいえ ・いいうの場合は名乗り方のご希望をお書きください。【 】		
*緊急連絡先名：		続柄	
*TEL ()		/携帯電話 ()	
*身長 ()		*体重 ()	
介護保険認定状況	申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
介護保険サービス事業所名			
訪問看護ステーション名			
介護保険サービス利用状況			

＜以下の項目にご回答をお願い致します。記入したくない項目や分からない項目はそのまま結構です。尚、当院は個人情報保護法を遵守しております。＞

＊1. お困りの症状・問題についてお伺いします。

1)相談の内容に○をつけてください。その他の症状がありましたらご記入ください。

() 物の忘れがある・() 眠れない・() 意欲がない・() 気分が沈む・() いらいらする・
() 嫌がらせをされているような気がする・() 大声を出してしまう・
() 見えるはずのないものが見える・() 徘徊する・() 介護抵抗がある・
() 食欲異常がある・() めまいがする・() 聴こえるはずのない声が聴こえる・
() 妄想がある・() 疲れやすい・() 同じ行動を繰り返す・() 性格が変化した
＜そのほかの症状＞

2)1)で記入された症状はいつ頃からありますか。

西暦 年 月 日() 歳ごろから

元々のご性格を教えてください。

例) 神経質、楽観的、孤独が好き、社交的、短気等

＊3)今までに心療内科・精神科におかかりになったことはありますか？

- 年 月()歳～ 年 月()歳 病院(通院・入院)・クリニック
- 年 月()歳～ 年 月()歳 病院(通院・入院)・クリニック
- 年 月()歳～ 年 月()歳 病院(通院・入院)・クリニック
- 今も受診中： 年 月()歳から 病院・クリニック

診断名は聞いていますか？ いない・いる(診断名)

***4) 今までに大きな病気、怪我、入院の経験はありますか？**

かかった順にご記入下さい(だいたい結構です)。

- 歳～ 病名 ()
- 歳～ 病名 ()
- 歳～ 病名 ()

* 現在おかかりの病院名・科 ()

*** 現在服薬中のお薬がありましたら、お書きください。**

(たくさんある場合は別途コピーあるいはメール添付でもかまいません。)

*** 5) ご両親やご親族で 1) に記載の症状と同様な症状の方はこれまでにいらっしゃいましたか。**

2. これまでの生活について教えてください。

*** 1) どちらの地域でお生まれになりましたか？現住所(地域)にはどれくらいの期間お住まいですか。**

都・道・府・県出身 現住所には () 年くらい前から居住

*** 2) ご家族についてお伺いします。**

- ・現在 () 人家族 独居・同居・2世帯住宅・その他
- ・最も(心理的)距離の近い方 ()

3) 最終学歴についてお書き下さい。

中・高・短大・大学・大学院・専門学校・女学校 卒業・中途退学 専攻分野 ()

4) 直近の職歴についてお書き下さい。

① 年 月 () 歳～ 年 月 () 歳 業種:

② 年 月 () 歳～ 年 月 () 歳 業種:

③ 専業主婦

④ 就業不可能な状態

※ 現職中 / 休職中 (年 月～) / ご退職 (中途・定年)

5) ご結婚についてお伺いします。

結婚歴 なし・あり (回) 結婚時年齢 () 歳

【現在】 婚姻中・離婚・死別・その他 ()

3. 現在の生活について

- 1) 夜は眠れますか？ 眠れる ・ 眠れない ・ 普通
2) 食欲はありますか？ ありすぎる ・ ある ・ ない
3) 体につらい症状はありますか？

4) 特技や趣味、現在の楽しみなことなどがありましたら教えてください。

5) 現在、ストレスに感じていることがあれば教えてください。

* 4. 今までアレルギー(特に薬物アレルギーを指摘されたことはありますか？

いいえ はい→下の表に書いて下さい。

アレルギーの原因	症状	時期
例：ペニシリン系抗生剤	例：薬疹	例：平成2年頃ないし〇〇歳

*アレルギーではないがこれまで合わなかったと感じた薬があれば教えてください。

薬剤名.....

5. 嗜好品についてお答え下さい。

- ・たばこ 吸う・吸わない(本/日)
・アルコール 飲む・飲まない(/日)

6. 女性の方にお伺いします。

- 1) 現在妊娠されていますか？ はい・いいえ・分からない
2) 最終月経はいつですか？ 年 月 日頃

7. 当院で治療するにあたり希望すること、不安なことなどあれば、下記にお書き下さい。

例) 体に負担のない検査のみを希望する・症状の対応方法を知りたい・自費の検査や治療(サプリメント)も検討する・本人の話を聞いてやってほしい・病院嫌いなので手短かにしてほしい・内科薬も含めて処方してほしい・薬を強要されないか心配...等

ご記入ありがとうございました。 *は必須項目です。