

カルテ No.

心療内科 初診アンケート

診察時の参考に致しますので、ご協力お願い致します。

西暦 年 月 日

氏名			年齢	歳	性別	男性・女性
最終学歴	小学校・中学校・高等学校・専門学校		職業			
	大学・大学院 卒業		身長	cm	体重	kg
ご相談になりたい症状 (いつ頃からどのように)						
現在通院中の医療機関	医療機関名	診断名		服薬名		
以前かかった病名と時期						
薬や食物アレルギー		あり：() ・ なし				
食欲		1日()回 普通 ・ 食欲がない ・ 味がわからない				
間食		あり：() ・ なし				
睡眠		1日()時間 就寝時間()時～起床時間()時 熟睡 ・ 寝付きが悪い ・ 途中目が覚める ・ 朝早く目が覚める				
排尿		1日()回 排尿困難感 ・ 頻尿感 ・ 残尿感				
排便		毎日 ・ ()日に1回 硬い ・ 普通 ・ 軟らかい ・ 下痢/便秘が交互				
飲酒		毎日 ・ ()日に1度 ・ なし 種類と量() 過去の飲酒歴(歳 ～ 歳)				
喫煙		毎日()本 ・ なし 過去の喫煙歴(歳 ～ 歳)				
月経		初潮()歳 閉経()歳 順調 ・ 不順				
ご自身の性格						
趣味 ・ 嗜好						
家族構成		年齢	健康・病歴		同居・別居・死去	
(実父)						
(実母)						
(兄弟姉妹)						
(配偶者)						
(子供)						
(その他の同居人)						
一番の相談相手						