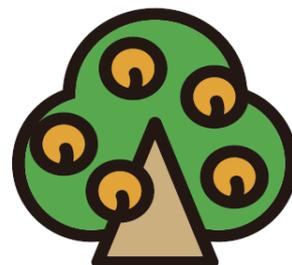




# あんずクリニック 問診票



あんずクリニック  
Apricot Medical Clinic

記入日 年 月 日

※下記の質問は、診察・治療を行うために、大切な事柄ばかりです。

個人情報の管理は徹底しております。ご安心してご記入ください。

(ふりがな) 氏名	年齢	歳	性別	男・女
	生年月日	大・昭・平 年 月 日		
TEL	最終学歴	大学・専門学校・高校・その他( )		
Mail	職業			
住所	〒			
●こちらから連絡を差し上げる際に、当クリニック名を名乗ってもよろしいですか？				はい・いいえ
●ご来院のきっかけは？ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 検索サイト <input type="checkbox"/> 知人の紹介( ) <input type="checkbox"/> その他( )				



ご相談されたい症状についてお書きください。

どのような症状ですか？

いつ頃からですか？

その症状について思い当たる原因はありますか？



当院に来院される前に、今回の症状について他の医療機関を受診されましたか？

はい・いいえ

※「はい」とお答えくださった方は、以下もご記入ください。

どちらの病院に、いつ頃、どのくらい通院されましたか？

その際の診断名・もしくは医師からの説明についてお書きください。

お薬の処方があった場合は、出来るだけ詳しくお書きください。(お薬手帳をお持ちいただいても構いません)



生活リズムについてお答えください。

0時						6時						12時						18時						24時



身体の症状についてお答えください。

(当てはまる身体の症状の番号に○をつけて下さい。複数つけていただいてかまいません。)

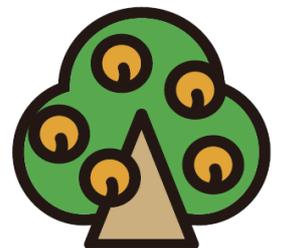
1. 胃が痛い、もしくは不快感がある
2. 心に息苦しさや冷や汗、動悸、めまい発作に襲われることがある
3. 拒食症、過食症になったことがある。もしくは、現在どちらかの症状がある。
4. 頭痛がひどい
5. 肩コリがひどい
6. 最近急激に体重が変化している
7. 便秘または下痢がひどい
8. 原因不明の腹痛が良く起こる
9. 原因不明の痛みがある
10. 最近持病が悪化している(持病: \_\_\_\_\_)
11. 急にのぼせる。発汗する。
12. 性欲が全く湧かない
13. 疲労感が取れない
14. 吐き気、嘔吐がある
15. 妊娠の可能性がある、もしくは妊娠中
16. 授乳中である
17. 排尿障害がある
18. ダイエット中である
19. 月経不順である(いつごろから?: \_\_\_\_\_)
20. 更年期障害だと思われる症状がある(症状: \_\_\_\_\_)



心の症状についてお答えください。

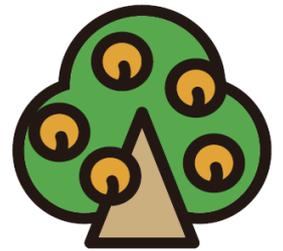
(当てはまる症状の番号に○をつけて下さい。複数つけていただいてかまいません。)

1. 気分が落ち込む
2. イライラする
3. 不安になる
4. 落ち着かない、焦ってしまう
5. 今まで楽しかったことが楽しくない
6. 人と会うのが辛い、気が進まない
7. ちょっとしたことでも面倒くさく感じる
8. 集中力、記憶力が落ちた
9. やる気が出ない
10. 食欲がない
11. 食欲が異常にある
12. 自分に自信がない
13. 他人が自分の悪愚痴を言っているように思う



あんずクリニック  
Apricot Medical Clinic

14. 誰かに監視されたり盗聴されたりしているように思う
15. 死んでしまいたい気分になる / もしくは自殺を試みたことがある
16. 誰もいないのに声が聞こえてくることがある
17. 眠れない / もしくは寝つきが悪い、途中で起きてしまう
18. 寝過ぎだと感じる、いくら寝ても眠い
19. 急に涙が出てきたり、怒ってしまったりと感情が不安定
20. 朝より夕方の方が比較的調子がいい
21. その他、気になる症状があれば下の空白にお書き下さい



**あんずクリニック**  
Apricot Medical Clinic



既往歴についてお答えください。

現在、他の病院で治療を受けていますか？

通院されている病院のある方は出来るだけ詳しくお書き下さい。

病 名	服薬中のお薬	治 療 内 容

今までに大きな病気にかかった事がありますか？

病 名	いつごろ	治療内容・お薬・経過など

今までに怪我で手術や入院をした事がありますか？

いつごろ	どんな怪我	治療内容・お薬・経過など

お薬や注射、検査を受けて調子が悪くなったことはありますか？

また、アレルギーをお持ちの方は出来るだけ詳しくお書き下さい。

喘息、糖尿病、高血圧の可能性がある、またはコレステロールや中性脂肪が高いと指摘されたことはありますか？

ある場合は、下記に出来るだけ詳しくお書き下さい。



ご家族のことについてお答えください。

現在、一緒に住まわれている家族構成をお書き下さい。

ひとり暮らしの方は、ご実家の家族構成をお書き下さい。

血縁のご家族、ご兄弟、祖父母、近い親戚の方で、精神科や心療内科にかかっておられる方、もしくは以前かかれた方はいらっしゃいますか？

 はい  いいえ

※「はい」とお答えくださった方は、以下もご記入ください。

簡単に、その方の病名や症状をお書き下さい。

血縁のご家族で、下記の病気をお持ちの方があれば、○印をつけて下さい。

糖尿病 ・ 喘息 ・ 高血圧 ・ 癌 ・ 高脂血症 ・ メタボリック症候群

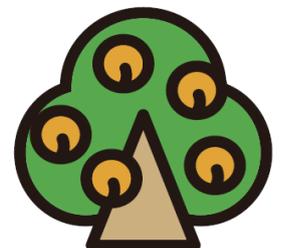
その他、大きな病気や遺伝性の疾患があればお書き下さい。



これまでお伺いしたことの他に、何か診察に必要なと思われる情報や、ご意見、ご要望があればお書き下さい。

※記入に際してご不明な点等あれば、下記までお問い合わせいただくか、当日ご持参のうえ、受付でおうかがいください。

〒166-0011  
東京都杉並区梅里1-7-15-3F  
TEL:03-5305-3358  
FAX:03-5305-3359



あんずクリニック  
Apricot Medical Clinic