



あべクリニック問診票（初診）

記入日： 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
住所	〒 — (建物名)	結婚	独身（結婚歴 あり・なし）・既婚
		職業・職種/ 学校名・学年	
		自立支援医療	あり・なし・知らない
電話番号	携帯:	本人・他（ ）	当院からの連絡: 可・不可
	固定:	自宅・他（ ）	当院からの連絡: 可・不可
本日の体調について教えてください		体温	℃
・強いだるさ（倦怠感）息苦しさや咳がある			あり・なし
・ご家族の中で発熱や感冒症状のある方がいる			あり・なし

1. 本日、受診された理由をお書きください。

2. 現在、つらい症状に○をつけてください。特につらい症状があれば◎をつけてください。

不安 緊張 焦り 落ち込む 落ち着かない 意欲低下 集中力低下 興奮 イライラ パニック
 誰かに見られている気がする 誰かの声が聞こえる 鍵の開け閉めなどが気になる 物忘れ だるい
 不眠（寝付けない・夜中目が覚める・早朝目が覚める・昼夜逆転） 過眠 頭痛 動悸 めまい 耳鳴り
 食欲がない 体重減少 拒食 過食 吐き気 嘔吐 便秘 下痢 自傷行為
 周囲とコミュニケーションがとれない 家庭の悩み 職場の悩み 学校の悩み
 その他（)

3. その症状はいつ頃から続いていますか？また、思い当たるきっかけがあればお書きください。

昭・平・令 年 月 日頃（ 歳頃から現在は、悪くなっている・よくなっている・変わらない
 きっかけ（)

4. 2.で○をつけた症状について、今までに他の病院や機関等へ相談に行ったことはありますか？

通院・通所歴をお書きください。書ききれない場合は裏面にお書きください。

行っていない・行ったことがある ※ 紹介状（ あり ・ なし ）

昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	病院名 機関名	入院・通院・カゼリク・その他
昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	病院名 機関名	入院・通院・カゼリク・その他
昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	病院名 機関名	入院・通院・カゼリク・その他
昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	病院名 機関名	入院・通院・カゼリク・その他
昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	病院名 機関名	入院・通院・カゼリク・その他

5. 現在、服用中の薬・サプリメントはありますか？ いいえ・はい

(病院名:)
 (薬名:)
 (サプリメント:)

6. 今までに大きな病気やけがをしたことはありますか？

いいえ 高血圧 緑内障 ぜんそく 糖尿病 心臓病 がん その他 ()

◆2枚目もご記入をお願いいたします。



あベクリニック問診票（初診）

7. 今までに薬剤の副作用を経験したことはありますか？ いいえ・はい（ ）
8. 薬剤・食物・その他のアレルギーはありますか？ いいえ・はい（ ）
9. アルコールは飲みますか？ いいえ・はい（頻度 日/週・月 ）
10. たばこは吸いますか？ いいえ・禁煙中・はい（ 本/日 ）
11. 違法薬物(麻薬・危険ドラッグ等)の使用経験はありますか？ いいえ・はい（ ）
12. 運動の習慣はありますか？ いいえ・はい（頻度 回/週・月 ）
13. 現在、妊娠中または授乳中ですか？(女性のみお答えください。) いいえ・はい
14. 血縁関係のご家族について教えてください。

	<年齢>	<同居の有無>	<健康状態>
父	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
母	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
祖父	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
祖母	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
兄弟/姉妹	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
兄弟/姉妹	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
兄弟/姉妹	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
兄弟/姉妹	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
夫/妻	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
子(第一子)	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
子(第二子)	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
子(第三子)	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
子(第四子)	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)

15. ご家族の中で、精神科や心療内科にかかられたことがある方はいますか？
 いいえ・わからない・はい（ ）

16. あなたはどこで生まれ育ち、どんな学校へ行き、どんな仕事につきましたか？

出生地	主な生育地
最終学歴 卒業・中退	

これまでの職歴をお書きください。多い方は、ここ数年の仕事についてお書きください。

昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	職業・職種
昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	職業・職種
昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	職業・職種

17. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

医師（ ）からの紹介 知人（ ）からの紹介 区役所の紹介
 通りかかって スマートフォン・携帯電話 パソコン その他（ ）

18. マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ いいえ・はい

- ◆ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
- ◆ 医療情報・システム基盤整備体制加算(初診時)
 加算1<6点(マイナ保険証を利用しない場合)> 加算2<2点(マイナ保険証を利用した場合)>