

●生活状況についてご記入ください。

身長	_____ cm	体重	_____ kg	(体重の増減)	なし・あり	西暦	_____ 年頃より	_____ kg	増・減
睡眠	_____ 時間 (_____ 時~ _____ 時)	食欲	なし・普通・あり・波がある	運動	毎日・時々・しない				
これまでに大きな病気をしたことがありますか? <input type="checkbox"/> なし・あり (下記に当てはまるものがあれば○をつけてお答えください) 高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・緑内障・急性狭隅角緑内障・前立腺肥大・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・ひきつけ・けいれん・てんかん・甲状腺機能亢進症・甲状腺機能低下症・重症筋無力症・その他 (_____)									
現在服用している薬は? <input type="checkbox"/> なし・あり (_____) <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> なし・あり (_____)									
<input type="checkbox"/> アルコール 飲まない・飲む (毎日・時々・飲み会程度) <input type="checkbox"/> タバコ 吸わない・吸う (1日 _____ 本位)									
<input type="checkbox"/> 大麻や覚せい剤、シナなど使用歴 <input type="checkbox"/> なし・あり (_____ を西暦 _____ 年~西暦 _____ 年頃)									

●同居している方に○をつけてお答えください。

父・母・兄弟 (_____ 名) ・ 配偶者 (年齢 _____ 歳 職業 _____ 結婚 _____ 年目) ・ 子 (_____ 名)
父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・義父 (年齢 _____ 歳) ・ 義母 (年齢 _____ 歳) ・ その他 (_____)
* 離婚歴 <input type="checkbox"/> なし・あり (_____ 回)

●血縁関係のご家族 (血のつながっているご家族) についてご記入ください。

<input type="checkbox"/> 父	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命	・	死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
<input type="checkbox"/> 母	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命	・	死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
<input type="checkbox"/> 父方祖父	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命	・	死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
<input type="checkbox"/> 父方祖母	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命	・	死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
<input type="checkbox"/> 母方祖父	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命	・	死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
<input type="checkbox"/> 母方祖母	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命	・	死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
<input type="checkbox"/> 兄弟 (男・女)	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命	・	死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
<input type="checkbox"/> 兄弟 (男・女)	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命	・	死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
<input type="checkbox"/> 兄弟 (男・女)	年齢 _____ 歳	職業 _____	存命	・	死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
<input type="checkbox"/> 子	(男・女) 年齢 _____ 歳	職業 _____	存命	・	死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
<input type="checkbox"/> 子	(男・女) 年齢 _____ 歳	職業 _____	存命	・	死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他
<input type="checkbox"/> 子	(男・女) 年齢 _____ 歳	職業 _____	存命	・	死亡	没 _____ 年	享年 _____ 歳	死因: 病死・自死・その他

* 上表で足りない場合は、下表に追記してください。

血縁関係にある方が心療内科・精神科に通院・入院していたことはありますか?	<input type="checkbox"/> なし・あり
通院・入院していた方は? (父・母・兄・姉・弟・妹・子・祖父・祖母・おじ・おば・その他: _____)	
おわकारの範囲で詳細を下表にご記入ください。	

診察に先立ちまして、こちらの問診票を参考に心理士より詳しくお話をおうかがいいたしますので、当日問診票をご持参ください。