

## 佐倉心療内科クリニック 再診用問診票

氏名: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) 歳  
記載日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## ①全般について

1) 前回の受診以降の調子はどうでしたか

悪い やや悪い 普通 まあまあ良い 良い わからない

2) 前回の受診時と比べて調子はどうですか

悪くなった 少し悪くなった 変わらない 少し良くなった 良くなった わからない

3) 処方されたお薬は適切に飲めていますか

問題なくすべて飲めている おおよそ飲めている 忘れてしまうことが多い 全く飲んでいない  
薬は処方されていない その他( \_\_\_\_\_ )

4) 処方された薬で何か副作用はありますか

なし あり( \_\_\_\_\_ )

5) 症状、環境の変化、体調面など困っていること、診察で伝えたいことがあれば記載ください。

---

---

---

---

---

---

## ②生活習慣について

1) 睡眠について

夜はよく良く眠れますか？

はい いいえ

「いいえ」の方は下記であてはまる項目すべてにもチェックをお願いします

なかなか寝つけない 途中で目が覚める 朝早く目が覚める 眠りが浅い

寝る時間が不規則 その他( \_\_\_\_\_ )

最近の入床・起床時間は何時ごろですか？

入床: \_\_\_\_\_ 時頃 最終起床: \_\_\_\_\_ 時頃 睡眠時間: 約 \_\_\_\_\_ 時間程度

2) 睡眠について、前回の受診時と比べて変化はありますか

悪くなった 少し悪くなった 変わらない 少し良くなった 良くなった わからない

3) 食事について

食事はちゃんと摂れていますか

普通 食が細い 食べすぎてしまう その他(\_\_\_\_\_)

4) 食事について、前回の受診時と比べて変化はありますか

悪くなった 少し悪くなった 変わらない 少し良くなった 良くなった わからない

5) 便秘について

普通 便秘気味 下痢気味 下痢と便秘を繰り返す その他(\_\_\_\_\_)

6) 便秘について、前回の受診時と比べて変化はありますか

悪くなった 少し悪くなった 変わらない 少し良くなった 良くなった わからない

③診療への希望

診療に当たって、ご希望などについて教えてください(複数選択可)。

前回と同じ処方を希望 薬の変更・減薬など相談したい 診断書を出して欲しい

紹介状を出してほしい その他(\_\_\_\_\_)

④その他

ご質問やご相談がある場合、こちらに記入してください

(診断書の希望がある場合は、診断書の種類をご記載ください)

---

---

---

---

---

ご協力いただきありがとうございました。

※ご記入いただきました個人情報、厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。