

初診時 問診票

記入日:西暦

年 月 日

ふりがな		生年月日	西暦	年	月	日	生
お名前			(歳)
住所							
電話番号							

※以下の項目は、差し支えのない範囲でご記入いただき、お答えが難しい箇所は空欄のままで構いません。

1. お困りの症状やご相談されたい内容についてご記入ください（例：眠れない、動悸がする）。

2. 上記症状が始まったのはいつごろからですか？ 西暦 年 月頃から

3. きっかけとなった出来事やストレスがあればご記入下さい。

4. 当てはまるものがありましたら✓をつけてください。

□不安・緊張が強い □イライラする □食欲がない □体重減少(　か月で　kg) □食べ過ぎてしまう
□疲れやすい □ドキドキする □息苦しい □頭痛 □めまい □吐き気 □気力がない □気持ちが落ち込む
□考えがまとまらない □集中力がない □楽しめない □涙が出る □人に会いたくない □暴言、暴力がある
□死にたい気持ちになることがある □身体を傷つけてしまう □昔の嫌な記憶がフラッシュバックする
□電車に乗るのがつらい □嫌がらせを受けているように感じる

5. 夜は眠れますか？ 眠れる 寝つきが悪い 途中で目が覚める 早朝に目が覚める

平均睡眠時間 時間くらい(時 ~ 時)

6. 今までに心療内科・精神科におかかりになったことはありますか？

□ ない □ある

かかった順にご記入下さい(だいたいで結構です)。

● 年 月()歳～ 年 月()歳

年 月()歳～ 年 月()歳

年 月()歳～ 年 月()歳

病院(通院・入院)・クリニック

病院(通院・入院)・クリニック

病院(通院・入院)・クリニック

病院・クリニック

診断名は聞いていますか？ ない・いる（診断名）

1

- 7 現在 ましくは今まで 身体のご病気にかかったことがありますか?

糖尿病 口なし、口あり

心臓疾患 口なし、口あり

緑内障　□なし、□あり

その他 なし あり (病名:)

- ## 8 現在服薬由のお薬はありますか？

□なし □あり(薬剤名:)

9. 元来の(症状が出る前の)ご自身の性格について当てはまるものに✓をつけてください。

内向的 社交的 短気 心配性 几帳面 おおざっぱ 協調性がある 責任感が強い
マイペース 頑固 飽きっぽい 我慢強い その他 (_____)

10. これまでの生活について伺います。

1)出生地 都・道・府・県 市・区・町・村

2)最終学歴 中学校 高校 専門学校 短大 大学 大学院
学校名 _____

3)職歴 現在の仕事 歳頃～ 業種 (現職中・休職中)
転職経験の有無 なし あり (_____回)

11. 家族構成などについてうかがいます。

両親はご健在ですか? はい いいえ (父_____歳、母_____歳)

兄弟姉妹 なし あり (あなたは 人兄弟(姉妹)の 番目)

婚姻歴 未婚 既婚(_____歳時) 離婚(_____歳時) 死別(_____歳時) 子供 なし あり(人)
現在同居中の方(_____)

12. 血縁のあるご家族、ご親戚で心療内科・精神科などを受診したことがある方、精神の病気にかかったことがある方、自殺で亡くなった方はいますか?

なし あり(ご関係: _____ 病名など: _____)

13. 薬や食べ物でアレルギー反応や副作用が出た事がありますか?

ない あり(具体的に: _____)

14.嗜好品などについてうかがいます。

お酒は飲みますか? いいえ 機会があれば ほぼ毎日 (_____を_____ml/日程

度)タバコは吸いますか? いいえ はい (1日あたり_____本くらい)

シンナー・覚せい剤・大麻・LSD・MDMAなどの使用歴 なし あり

15. (女性の方のみ)現在妊娠中ですか? はい いいえ 分からない

16. 当院はどこでお知りになりましたか?(当てはまるもの全てにチェックをお願いします)

他の医療機関(_____) インターネットの検索(Google・Yahoo・その他)

知人の紹介 会社や学校(含む産業医・学校医)の紹介 その他(_____)

17. 当院で治療するにあたり希望することなどあれば、下記にお書き下さい。

18. マイナ保険証等を通じて、他院での薬や健診の結果を確認することに同意しますか? はい いいえ
ご記入ありがとうございました。