



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(だいたい結構です)。

● 年 月()歳~ 年 月()歳 病院(通院・入院)・クリニック

● 年 月()歳~ 年 月()歳 病院(通院・入院)・クリニック

● 年 月()歳~ 年 月()歳 病院(通院・入院)・クリニック

● 今も受診中: 年 月()歳から 病院・クリニック

診断名は聞いていますか? いない・いる (診断名 _____)

7. 現在、もしくは今まで、身体のご病気にかかったことがありますか?

糖尿病 なし あり

心臓疾患 なし あり

緑内障 なし あり

その他 なし あり (病名:.....)

8. 現在服薬中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 社会的 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。

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。