

麻生心療内科クリニック 問診票

No. _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

代筆される方のご本人との関係 (_____)

フリガナ

名前 _____

生年月日 大正・昭和・平成

_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

ご連絡できる電話番号 TEL _____ - _____

性別 (男 ・ 女)

住所 (〒 _____)

当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。□にレを記入してください。

□他の医療機関からの紹介 □知人から聞いて □インターネット (ホームページなど)

□電話帳 □看板 □その他 (_____)

わかる範囲でお答えください。わからない場合は空欄でもかまいません。

① どのようなことでお困りですか？

② それはいつ頃からですか？

③ いま困っていることは、どんなことですか？ (複数回答可)

□体がだるい □やる気が出ない □集中できない □考えがまとまらない □泣きたくなる

□食欲がない □眠れない □動悸 □吐き気 □頭痛 □肩こり □冷や汗 □手のふるえ

□緊張感 □不安感 □電車やバスに乗ると具合が悪くなる □人間関係がうまくいかない

□何度も確認してしまう □考えが頭から離れない □じっとしてられない □イライラする

□怒りっぽくなった □気分の浮き沈みが激しい □消えてしまいたい □自分を傷つけたい

□周りから嫌がらせを受けている □嫌なことを言われている感じがする □忘れっぽくなった

④ いままでに精神科・心療内科にかかったことがありますか？ □該当なし

いつ： _____ 年 _____ 月 _____ ころ 病院名： _____ 病名： _____

いつ： _____ 年 _____ 月 _____ ころ 病院名： _____ 病名： _____

⑤ 現在、精神科・心療内科にかかっていますか？ □該当なし

いつから： _____ 年 _____ 月 _____ ころ 病院名： _____ 病名： _____

〇〇裏面に続きます〇〇

⑥ いままでに治療されたことのある体の病気やケガはありますか？ 該当なし
いつ： 年 月ころ 病院名： 病名：
いつ： 年 月ころ 病院名： 病名：

⑦ 現在、治療中の体の病気やケガはありますか？ 該当なし
糖尿病 高血圧 緑内障 高脂血症
心臓の病気 () 腎臓の病気 () 肝臓の病気 ()
その他の病気 ()

⑧ 現在、飲んでいる薬はありますか？ 該当なし
お薬手帳 あり なし
薬品名：

⑨ 食べ物や薬のアレルギーはありますか？ 該当なし
食べ物：
薬品名：

⑩ お酒やタバコなどについて
お酒 飲まない 飲む→ (何日おき _____ お酒の種類 _____ お酒の量 _____)
タバコ 吸わない 吸う→ (1日 _____本くらい)
危険ドラッグ・シンナー・覚せい剤・大麻などの使用 ない ある (いつ _____)

⑪ 学歴・職業・婚姻について
最終学歴 中学校 高校 専門学校 短大 大学 大学院 (在学中卒業中退)
ご職業 _____

婚姻 未婚 既婚 離婚 (____回) 死別

⑫ 同居している家族について 該当なし
父 母 配偶者 子 (____人) 祖父 祖母 兄弟姉妹 (____人)
その他 (_____)

⑬ 女性の方はご記入をお願いします。
現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？ はい いいえ

⑭ 現在、受けている制度はありますか？ 該当なし
自立支援医療制度 精神障害者保健福祉手帳 (____級) 障害年金 (____級)
身体障害者手帳 (____級) 療育手帳 (____)
介護認定 (要支援____ 要介護____) 生活保護

⑮ 医師への質問、診療についてご希望がありましたら、お書きください。

ご協力ありがとうございました。ご記入のうえ、受付へご提出ください。

麻生心療内科クリニック