

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 _____

生年月日 大正・昭和・平成

名前 _____

_____ 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？ ある ない

年 月ころから～ 年 月ころまで 医療機関名：

病名：

年 月ころから～ 年 月ころまで 医療機関名：

病名：

⇩裏面に続きます⇩

⑤ 現在、内服中のお薬はありますか？ ある ない
ある場合、お薬手帳は持参していますか？ 持ってきている 持ってきていない

⑥ 現在、治療中の病気やケガはありますか？ ある ない
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（ ）

いつから、どこの病院に通院していますか？処方薬もありましたら、お書きください。

年 月ころから 医療機関名： 病名： 処方薬：

年 月ころから 医療機関名： 病名： 処方薬：

⑦ 食べ物や薬のアレルギーはありますか？ ある ない

食べ物：

薬品名：

⑧ 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 ）

⑨ 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

⑩ 同居している家族について いる いない

父 母 配偶者 子（ 人） 祖父 祖母 兄弟姉妹（ 人）

その他（ ）

⑪ 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

⑫ 現在、受けている制度はありますか？ ある ない

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

⑬ 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