

□初めて診察を受けられる方へ

この問診票は医師があなたをより理解するためのものです。書ける箇所だけで構いません。ご記入をお願いいたします。

記入者：ご本人・その他（ ）

フリガナ

氏名 男・女

生年月日：昭和・平成 年 月 日 （満 歳）

住所（〒 - ） 電話番号：.....

※連絡事項があった場合、当院から連絡は可能でしょうか？ はい ・ いいえ

①お悩み事、症状を教えてください。ご相談内容でも構いません。簡単で構いませんのでお書きください。（例：会社に行けない、気分がおちこむ、動悸がする、ねれない、など）

.....
.....
.....

②いつ頃からですか？（例：～年 月頃から、または～歳頃から）

.....

③何かきっかけ、理由がありますか？

ない ・ ある（理由： ）

④来院はお一人ですか？付き添いの方はいますか？

一人で ・ 付き添いあり（続柄 氏名： ）

⑤これまでに心療内科・精神科を受診されたことはありますか？

ない ・ ある（病院・クリニック名： ）

⑥ご家族の中に精神科・心療内科に通院歴のある方はいますか？

ない ・ ある（続柄： 病名： ）

⑦今までに大きな病気をされたことがありますか？

ない ・ ある（がん、手術など： ）

⑧現在治療中の病気はありますか？

ない ・ ある（高血圧、糖尿病など： ）

⑨おくすりにアレルギーはありますか？

ない ・ ある（具体的に： _____)

⑩現在飲んでいるおくすりはありますか？

ない ・ ある（おくすり手帳がある場合記載不要です）

（薬剤名）
.....
.....

⑪あなたの性格・特徴について教えてください。（おとなしい、きちっとしないと我慢できないなど、わかる範囲でお願いします）
.....
.....

⑫嗜好品について教えてください

（タバコ： 吸う 本／日 × 年、 吸わない）

（お酒： 飲む 合／日 × 年、 飲まない）

⑬女性の方へ 現在妊娠中ですか？ はい いいえ 可能性がある

⑭現在のあなたに当てはまるものがあればチェックしてください

ゆううつだ 意欲がない 疲れやすい からだが痛い（腰痛、関節痛、頭痛など）

イライラする 怒りっぽい 物忘れがある

眠れない 食欲がない 食べすぎる、吐いてしまう 不安だ

動悸がする 息苦しくなる 何度も確認してしまう 潔癖すぎる

めまいがする ふらつく （アルコールなどに）依存している

性欲がない 消えてしまいたい 仕事がうまくできない

⑮当クリニックをどうやってお知りになりましたか？

近隣在住 知人の紹介 他院からの紹介 インターネット パンフレット
看板 電柱広告 その他(_____)

⑯何かご希望がありましたらお書きください（診断書希望、カウンセリングや漢方で治療してみたいなど）
.....
.....

ご協力ありがとうございました。みさわこころのクリニック