

はじめて受診される方へ
診察までの待ち時間の間、下記についてご記入下さい。

心療クリニック 岳

初診日: _____ 年 月 日

フリガナ
<本人> お名前: _____ 生年月日: M・T・S・H 年 月 日(歳)

現住所: 〒 _____

自宅 電話番号: _____

携帯 電話番号: _____

緊急連絡先: _____ (ご関係: _____)

<同伴者> お名前: _____
電話番号: _____ (ご本人との関係: _____)

①本日、紹介状はお持ちですか? : なし ・ あり(ご紹介先院名: _____)

②当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか?

ネット検索 通りがかり(自宅の近く / 職場の近く) タウンページ チラシ
紹介(家族や知人 / 病院) その他(_____)

③この問診票を記入しているのはどなたですか?

本人 家族(_____) その他(_____)

④いつ頃からどのような事でお困りですか?

⑤その症状や状況が出現したり、悪化したきっかけとなる出来事、ストレスがあれば記入して下さい。

⑥当てはまるものがあればチェックしてください。

- | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 何もする気がしない | <input type="checkbox"/> 死にたくなる | <input type="checkbox"/> 不安 |
| <input type="checkbox"/> 眠れない | <input type="checkbox"/> 自分の事がうわさされている | <input type="checkbox"/> ゆううつ |
| <input type="checkbox"/> 朝起きるのがつらい | <input type="checkbox"/> 誰かに見られている感じがする | |
| <input type="checkbox"/> みんなに迷惑をかけている | <input type="checkbox"/> 聞こえるはずのない音や声が聞こえる | |
| <input type="checkbox"/> ささいな事でイライラする | <input type="checkbox"/> 物忘れ | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | |

⑦睡眠についてお伺いします。

・眠れていますか？

- 普通
眠れない(複数チェック可: 寝つきが悪い 途中で目が覚める 朝早く目が覚める)
眠りすぎる

⑧食事についてお伺いします。

・食欲

- 普通 落ちているが食事は取れている 食事量が減っている 食欲がありすぎる

・体重

- 変わらない 減っている(3ヶ月で kg) 増えている(3ヶ月で kg)

⑨これまでに心療内科や精神科を受診した事がありますか？ はい いいえ

- ()年()月 ~ ()年()月 医療機関() 入院 通院
()年()月 ~ ()年()月 医療機関() 入院 通院
()年()月 ~ ()年()月 医療機関() 入院 通院
()年()月 ~ ()年()月 医療機関() 入院 通院

⑩これまでに精神科・心療内科の薬を服用したことがありますか？

ある ・ ない

ある場合、わかる範囲でお答え下さい。

- | | | | |
|---------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 薬剤名:() | 効果: <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あわない |
| 薬剤名:() | 効果: <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あわない |
| 薬剤名:() | 効果: <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あわない |
| 薬剤名:() | 効果: <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あわない |
| 薬剤名:() | 効果: <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あわない |
| 薬剤名:() | 効果: <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あわない |
| 薬剤名:() | 効果: <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あわない |

⑪これまでに大きな病気にかかった事がありますか？

(例:HO年頃に胆石で手術をした、など)

⑬現在治療中の病気があれば記入して下さい。

⑭生活歴についてお伺いします。

出生地：()

最終学歴：(小学校 中学校 高校 大学 専門学校) → 卒業 ・ 中退 ・ 在学中

現在のご職業と勤務歴：()

結婚歴： 未婚 ・ 既婚(歳) 離婚(歳) 再婚(歳)

⑮ご家族についてお伺いします。

ご両親	父(歳)・母(歳)	ご両親の離婚歴 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
兄弟/姉妹	(男・女: 歳)(男・女: 歳)(男・女: 歳)(男・女: 歳)	
夫/妻	(歳)	
子	第一子(歳)第二子(歳)第三子(歳)第四子(歳)	

・血縁関係にある方で、精神科や心療内科にかかれた方はおられますか？
ご関係() 病名・病状など()

⑯飲酒と喫煙

お酒 : 飲まない ・ たまに飲む ・ 毎日飲む(種類/量:)
タバコ : 吸わない ・ 吸う(本/日)

⑰アレルギー

なし ・ あり(薬剤名・食材名・その他:)

女性の方のみお答えください。

⑱妊娠 していない ・ している(現在 週) ・ わからない
月経 定期的に あり 不定期 閉経(歳ごろ)

⑲ご利用中の制度・手当てはありますか？

自立支援医療 ・ 精神福祉手帳 ・ 障害年金 ・ 生活保護
訪問看護 ・ ホームヘルプ
その他の福祉サービス()

ありがとうございました。この情報は【個人情報保護法】に基づいて管理します。