

初診問診票

記入日 年 月 日

No. _____

ふりがな

氏名 _____ 様 (性別: 男 ・ 女)

生年月日: (昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 日 () 歳

ご住所: (〒 _____)

電話番号 ご自宅 ・ 携帯 (_____) _____

緊急連絡先 (_____) _____ ご関係 (_____)

メールアドレス (_____) _____

【以下の質問にお答えください】

★ このクリニックでどのようなことを希望しますか？

- 通院 ゆっくり相談がしたい 診断書や傷病手当等の書類関連 心理・発達検査 薬の処方
 その他、ご希望内容 (_____)

★ 診察の所要時間はどのくらいを希望されますか。 ※ご希望に添えない場合もございます。ご了承ください。

- 5分 10分 15分 20分

● 今までにかかったご病気はありますか → いいえ ・ はい

「はい」とお答えの方は病名をご記入ください

(_____)

● 注射や薬でかゆみや蕁麻疹など副反応がでたことはありますか → いいえ ・ はい

「はい」とお答えの方は注射、薬の名前を教えてください

(_____)

● アレルギーはありますか → いいえ ・ はい

「はい」とお答えの方は何のアレルギーがあるか記入してください

(_____)

● 現在飲んでいるお薬はありますか → いいえ ・ はい

→ ★お薬手帳を持っている方は受付にお渡しください。

お薬手帳をお持ちでない場合はお薬名をご記入ください

(_____)

● 今までに通われたことのある心療内科・精神科はありますか → いいえ ・ はい

「はい」とお答えの方は病院名をご記入ください

(_____)

● 家族に精神的なご病気にかかったことのある方はいますか → いいえ ・ はい

「はい」とお答えの方はご関係と病名をご記入ください

(_____)

● 出身地はどこですか (_____)

● 最終学歴を教えてください

(_____)

● 現在の職業と職務内容を教えてください

(_____)

● 家族構成と現在同居中の家族を教えてください

(_____)

ここまでで記入漏れがないか確認をお願いいたします。

初診問診票

- アルコールは飲まれますか → いいえ ・ はい (1日 ml、種類は)
- タバコは吸われますか → いいえ ・ はい (1日 本ほど)
- 女性の方にお聞きします、該当するものにチェックしてください
 妊娠中(カ月) 妊娠の疑い 授乳中 閉経(歳) 該当なし

1. 今、困っていることやしんどいこと、つらい症状などをすべて選んでください。

- 意欲がわからない ゆうつ 不安 感情が不安定 イライラする 落ち着かない
- 興奮しやすい 生きているのが嫌になる 物忘れ 過食 拒食 お酒などがやめられない
- 周囲に迷惑をかけている気がする

→ またそのことについて、詳しく記入してください

()

2. その症状は、いつ頃からですか？

()

きっかけとなる出来事がありましたか？

()

また、日が経つにつれて良くなっていますか、悪くなっていますか？

()

3. 最近の体の状態について教えてください。

- ① 睡眠はとれていますか？ (はい ・ いいえ)

→ いいえの方はお選びください：

(寝つきが悪い ・ 途中で目覚める ・ 夢をよく見る ・ 熟睡した感じがなし)

- ② 食欲はありますか？ (はい ・ いいえ)

- ③ ここ6ヶ月間に大きな体重変化はありますか？ (はい ・ いいえ)

→ 「はい」の方はお選びください：

(ほぼ変化なし(2kg以内) ・ 減った ___kg ・ 増えた ___kg)

- ④ 疲れのレベルはどれですか？

(元気 ・ ちょっと元気 ・ 疲れた ・ 動けない ・ 元気が有り余る)

→ 詳しくご記入ください。()

- ⑤ 今の気分を教えてください。

()

4. ご自身の性格や趣味などを教えてください

()

5. その他、先生にお伝えしたいことがあれば記入してください

()

ここまでで記入漏れがないか確認をお願いいたします。