# 鷺ノ宮駅前メンタルクリニック　問診票

記入日：西暦　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| ふりがな<br>氏名： | 性別： 男 ・ 女 |
| 〒<br>住所： | 電話番号： |
| 生年月日：西暦　　年　　月　　日 | 年齢：　　才 |

１、今回はどんなことがお困りで受診されましたか？

２、それはいつ頃からですか？

３、思い当たる原因はありますか？　□有　□無

具体的に：

４、下記の症状であてはまるもの全てにチェックしてください

□気分の落ち込み　□不安　□緊張　□悲しみ　□意欲低下　□イライラ　□怒りっぽい

□音に敏感　□他人の視線が気になる　□眠れない

□食欲低下　□過食　□不注意　□物忘れ　□死にたい気持ちがある

□その他：

５、これまでに心療内科・精神科を受診したことはありますか？　□有　□無

具体的に：

６、現在治療中の病気はありますか？　□無

□高血圧 □糖尿病 □ぜんそく □緑内障 □前立腺肥大症 □甲状腺異常

□その他：

※２枚目に続きます

７、内服中のお薬はありますか？　□有　□無

具体的に：

８、食べ物やお薬のアレルギーはありますか？ □有 □無

具体的に：

９、ご家族に、心療内科・精神科で治療歴のある方はいますか？ □有 □無

具体的に：

１０、女性の方にお尋ねします

・妊娠中ですか(可能性も含む)？　□はい　□いいえ

・授乳中ですか？　□はい　□いいえ

１１、嗜好品について

・タバコ　□吸う（　　才より１日　本程度）　　□吸わない

・お酒　　□飲む（　　才より１日　　程度）　□飲まない

・違法薬物の使用歴　□有（　　）　□無

１２、生活について

・出生地の都道府県：

・最終学歴 □中学 □高校 □専門学校 □短大 □大学 □大学院

⇒□卒業　□中退　□在学中

・ご職業：

・医療保険種別 □社保・国保 □その他 □生保（担当福祉事務所・担当者名：　　）

・同居している家族等　□有（同居家族等の構成：　　）　□無

１３、当院を**最初に**お知りになったきっかけを教えてください。

□WEB 検索（ホームページを見つけた）　□WEB 検索（google マップで見つけた）

□下井草駅看板　□通りがかり

□知人や家族の紹介　□他医療機関・公的機関等の紹介 □チラシ広告　□その他：

１４、その他、医師に伝えたいことや診療に対する希望があれば、ご記載ください。