

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 氏名：	性別：男・女
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 有 (同居家族の構成：  ) 無

13、当院をお知りになったきっかけを教えてください。

WEB 検索 チラシ広告 通りがかり 知人や家族の紹介 他医療機関の紹介

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。