

～～ 仲町台メンタルクリニック問診票 ～～

ふりがな お名前					性別 (男・女)
生年月日	昭和／平成	年	月	日	年齢 () 歳
住所	〒				
TEL	ご本人：	緊急連絡先：		続柄 ()	

【今日はどのようなことで来院されましたか？その症状はいつ頃からですか？】

きっかけ、原因など、わかる範囲で教えてください。

また診察時のご希望があればご記入をお願いします (診断書希望、お薬希望など)

【症状について】 当てはまる症状に○をつけてください。

不安・憂うつ	意欲がない	疲れやすい	些細なことが気になる	緊張が強い
眠れない (寝付けない)	途中で目が覚める	早朝に起きてしまう	起きられない ()	
動悸がする	めまいがする	食欲がない	人に会いたくない	イライラする
声が聴こえる	幻覚がある	物忘れが気になる		

●体重に変化はありますか？

<特に変化は ない ・ ある> 変化がある方 → (約___ヶ月で___kg、増加 ・ 減少)

●お通じに問題はありますか？

<問題ない ・ 下痢気味 ・ 便秘気味 ・ 便秘や下痢で安定しない>

●お酒はのまれますか？

<飲まない ・ 機会があれば飲む ・ ほぼ毎日飲む (1日あたり___を___杯くらい)>

●現在妊娠されていますか？(女性の方のみ) <はい ・ いいえ>

●現在授乳中ですか？(女性の方のみ) <はい ・ いいえ>

【あなたの生活やご家族について】 当てはまるところに○をつけ、詳細を記入してください。

●両親はご健在ですか？ < はい ・ いいえ >

●兄弟姉妹はいらっしゃいますか？

< ひとりっこ ・ きょうだいがいる (自分は___人きょうだい ___番目)>

●結婚歴 < 未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 >

●子供 < いない ・ いる (_____人、お子様の年齢_____) >

●どなたかと同居されていますか？

< 独居 ・ 同居家族がいる (_____ 本人を含めて計 _____人) >

●ご家族、ご親戚の中で心療内科、精神科を受診されたことがある方はおられますか？

いらっしゃる場合は下記にご記入ください。

病名(_____) 続柄(_____)

病名(_____) 続柄(_____)

●最後に通われた学校を教えてください。

中学校・高等学校・専門学校・大学・大学院・その他 (卒業・中退・通学中・その他)

学校名 (_____)

●今までされてきたお仕事について記入をお願いします。

(例：飲食店接客2年、倉庫アルバイト3か月、など)

●現在病院で治療中の身体の病気があれば、教えてください (例：糖尿病、高血圧、胃がんなど)

●今まで精神科・心療内科にかかれたことはありますか？

<ある ・ ない>

ある、とお答えの方は下記に記入をお願い致します。

時期： _____年 _____月～ _____年 _____月頃 医療機関名： (_____) (外来・入院)

時期： _____年 _____月～ _____年 _____月頃 医療機関名： (_____) (外来・入院)

時期： _____年 _____月～ _____年 _____月頃 医療機関名： (_____) (外来・入院)

時期： _____年 _____月～ _____年 _____月頃 医療機関名： (_____) (外来・入院)

時期： _____年 _____月～ _____年 _____月頃 医療機関名： (_____) (外来・入院)

●現在飲んでいるお薬はありますか？ (※ お薬手帳をご持参の方はご記入不要です)

<ない ・ ある >

>

●食べ物、薬などのアレルギーはありますか？

<ある ・ ない>

ある、とお答えの方は下記に記入をお願い致します。

・ 食べ物 : _____

・ お薬 : _____

以上です。ご協力ありがとうございました。