

【問診票】

1 現在困っている症状は何ですか？（あてはまるものに○をつけるか、その他の欄にご記入ください）

- | | | | |
|--------------|--------------|--------------|---------------|
| 1 腹痛 | 14 眠れない | 23 気が重く沈む | 35 何となく周囲が変わつ |
| 2 はき気 | 15 いらいらする | 24 もの悲しくなる | た感じがする |
| 3 めまい・耳鳴り | 16 なんとなく不安 | 25 何もする気がしない | 36 他人が変な顔でみる |
| 4 胸がドキドキする | 17 考えがまとまらない | 26 無口になった | 37 他人に陰口をいわれる |
| 5 肩こり・頭が重い | 18 すぐにカッとする | 27 死にたくなる | 38 実際にないものが見え |
| 6 ひきつけ(ケイレン) | 19 他人の視線が気に | 28 食欲・性欲がない | たり聞こえたりする |
| 7 失神 | なる | 29 だるい疲れやすい | 39 誰かが自分をおとし |
| 8 手のふるえ | 20 くり返し確かめない | 30 活動しすぎるよう | 入れようとしている |
| 9 ロレツがまわらない | と不安 | なった | 40 人をさけ自室にとじ |
| 10 物忘れ | 21 自分が自分でない | 31 おしゃべりになった | こもる |
| 11 作り話をする | 感じがする | 32 お金を使いすぎる | 41 つじつまのあわない |
| 12 酒がやめられない | 22 何事も生き生きと | 33 攻撃的になった | 言動をする |
| 13 酒で失敗が多い | 感じられない | 34 不意に涙が出る | 42 体のあちこちが痛い |

・その他

2 いつ頃から症状が始まりましたか？

年 月頃から(または 才頃)

3 きっかけとなった出来事や状況ストレスなど、思い当たることがございましたらお書きください。

4 今まで今回の症状について他の医療機関で診てもらいましたか？

いいえ（この項目の質問は終了です）はい

① 年 月～ 年 月まで医療機関名： の外来・入院

② 年 月～ 年 月まで医療機関名： の外来・入院

③ 年 月～ 年 月まで医療機関名： の外来・入院

・その際どのように診断されましたか

・その際どのような治療を受けましたか

・心療内科・精神科で処方されたお薬がございましたらご記入ください。（わかる範囲で結構です）

※お薬手帳をお持ちでない場合、心療内科・精神科以外で処方されたお薬もこちらにご記入ください。

5 生い立ちについてお答えください

- ・出身地はどちらですか ()
- ・兄弟姉妹は何名で、ご自身は何番目ですか () 人中 () 番目
- ・生まれた時に変わったことはありましたか? ない ある ()
- ・発達の遅れを指摘されたことはありましたか? ない ある ()

6 最終学歴

- ・学校名 () 中学 高校 専門学校 大学 大学院
- ・学校の成績は 良い 普通 悪い 在学中 中退 卒業

7 現在の職業についてお答えください

- ・現在 仕事をしていない 仕事をしている (いつから: 職種:)

8 以前の職歴があればお書きください:

9 ご結婚についてお答えください。□している () 回目・ご結婚年齢 () 歳)

□していない していたことがある (回数: () 回・() 歳~() 歳)

10 お子さんについてお答えください。

□いない いる (年齢と性別:)

11 同居の方がいらっしゃいましたらお答えください。

□父 母 配偶者 子 義父 義母 兄弟姉妹 交際相手 友人 その他 ()

12 ご家族の中で、心の病気の方がいらっしゃいましたらお答えください。

□いない いる ()

13 現在治療中のからだの病気についてお答えください。

□ない ある ()

14 これまでに入院や手術をした病気についてお答えください。

□ない ある ()

15 現在内服している薬がありましたらお答えください。

□ない ある ()

16 食べ物や薬などのアレルギーがありましたらお答えください。

□ない ある ()

17 お酒の量についてお答えください。

□飲まない 飲む () を () ml、週 () 回

18 タバコについてお答えください。

□吸わない 吸う 1日 () 本

19 薬物(脱法ドラッグ、大麻、覚醒剤など)についてお答えください。

□使用したことない

□使用していたことがある (何を: () (いつ頃: ()

20 身長・体重についてお答えください。 身長: () cm 体重: () kg

21 女性の方のみお答えください。 現在妊娠している(可能性含む) 現在授乳している

*当院への受診のことをご家族はご存知ですか? はい いいえ

*受診時に同伴の方はいらっしゃいますか? はい いいえ (いる場合は、ご本人との続柄: _____)

*記入者の氏名 _____

(代筆の場合は、ご本人との続柄: _____)

【受診票】

ふりがな			戸籍上の性別
お名前			男・女
生年月日	年 月 日 (満) 才		
ご住所	〒		
電話番号	自宅:	携帯:	
メールアドレス			
※メールアドレスは予約確認のメールをお送りするためのものです			
事務上の連絡先	いずれかに○印をつけてください ⇒ 自宅・携帯・その他() 連絡の際にクリニック名を名乗ってもいいですか? ⇒ 可・不可		
緊急時の連絡先 (本人様以外)	(続柄:)		

*当院をどのようにしてお知りになりましたか。いずれかに○印をつけてください。

- 他院などからの紹介 → 施設名()
- チラシ → ポストにそのまま入っていた / 新聞に折り込まれていた
- ネット検索 → Google / Yahoo! / Bing / その他()
- マップ検索 → Googleマップ / Yahoo!マップ / Appleマップ / NAVITIME / MapFan
- 医療情報検索サイト → イーパーク / 病院なび / カルー / 東京ドクターズ / 病院いつどマップ / ドクターズファイル / QLIFE / エキテン / みんなの主治医 / スクエル / メディカルノート / Medical DOC / メディカルライフ / タウンページ / お医者さんガイド / gooヘルスケア
- SNS → Facebook / Instagram / X(旧Twitter) / LINE / YouTube / TikTok
- 駅広告 → 駅名()
- その他()