

問診票

こころのクリニック 和-なごみ-

記入日 平成 年 月 日

ふりがな			
お名前			(男 ・ 女)
	生年月日 T・S・H	年 月 日	(既婚 ・ 未婚)
現住所	〒 -		電話番号
			携帯電話
職業	(学生の方は学年もご記入下さい)		最終学歴
記入者	(本人との続柄)		同伴者

☆今、一番つらい症状またはお悩みをありのままお書き下さい。

☆これまでに上記のことで心療内科・精神科に相談されたことがありますか？

<input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> ある	(年 月 ~ 年 月	病院・クリニック	科)
	(年 月 ~ 年 月	病院・クリニック	科)
	(年 月 ~ 年 月	病院・クリニック	科)

☆あなたはご自分でどのような性格だと思いますか？(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	・無口 ・疑いやすい ・陽気 ・気分の波がある ・頑固 ・物事にこだわる
<input type="checkbox"/>	・内気 ・自信がない ・几帳面 ・責任感が強い ・わがまま ・目立ちたがり
<input type="checkbox"/>	・その他()

☆あなたの家族構成について教えて下さい。

☆家族や親戚の中に、次の病気の人はいいますか？

<input type="checkbox"/>	・精神病(いる ・ いない)	<input type="checkbox"/>	・うつ病(いる ・ いない)	<input type="checkbox"/>	・躁うつ病(いる ・ いない)
<input type="checkbox"/>	・神経症(ノイローゼ)(いる ・ いない)	<input type="checkbox"/>	・大酒飲み(いる ・ いない)	<input type="checkbox"/>	・自殺者(いる ・ いない)

☆その他の病気で心療内科・精神科に通院されたことのあるご家族がおられれば、ご記入下さい。

<input type="checkbox"/>	()
--------------------------	-----

※裏面もご記入下さい。

☆あなたのことについて、当てはまる文章の頭の口にチェックをつけ、()に詳細をご記入下さい。

- ① 食欲はありますか？ はい
 いいえ
 過食
- ② 睡眠はとれていますか？ はい
 いいえ (寝付きが悪い・途中で目が覚める・朝早く目が覚める)
- ③ 生まれてからの大きな病気・ケガ ない
 ある (病名: / 歳)
- ④ 手術した病気・ケガ ない
 ある (病名: / 歳)
- ⑤ 他の医療機関で治療中の病気 ない
 ある (病名 医療機関 内服中の薬)
(病名 医療機関 内服中の薬)
(病名 医療機関 内服中の薬)
- ⑥ これまで飲んだ薬の副作用 ない
 ある (薬品名 症状)
(薬品名 症状)
(薬品名 症状)
- ⑦ アレルギー ない
 ある ()
- ⑧ 飲酒 ない
 ある (・種類: ・1日の量: ml・回数: 回/週)
- ⑨ 喫煙 ない
 ある (本/日)
- ⑩ 身長 cm /体重 kg (増加 ・ 減少 ・不変)
- ⑪ 便通は週に何回ぐらいありますか？ 毎日1回 ()日に1回 下痢気味
- ⑫ 日常に車の運転をされますか？ はい いいえ
- ⑬ 女性の方のみお答え下さい。
・月経の周期は規則正しいですか？ (規則正しい ・ 不規則)
・月経時に何か症状はありますか？ ない
 ある (症状:)
・現在、妊娠中ですか？ はい いいえ

☆ 一般外来の他にご希望されている治療プログラムはございますか？
A:心理療法 B:うつ病リハビリ(リワークプログラム) C:心理検査

☆ 自立支援医療証はお持ちですか？ いいえ
 はい

☆ このクリニックをどのようにして知りましたか？
・知人の紹介 ・インターネット ・駅構内の看板 ・クリニック前の看板 ・パンフレット
・他医療機関からの紹介() ・保健所からの紹介()
・その他()

ご協力ありがとうございました。