

上尾メンタルクリニック 問診票

記入日 20.....年.....月.....日

ふりがな	
お名前	性別 (男・女)
生年月日 大・昭・平 年 月 日	年齢 才
住所 〒 ()	
連絡先 (当院から連絡可能な電話番号) :	
緊急連絡先 :	
本日の受診を家族・知人にお話しされていますか? はい ()・いいえ	

1. 一緒に診察室に入られる方のお名前と関係

お名前	ご関係 ()
-----	---------

2. どのように当院の事をお知りになりましたか?

紹介 (から)・インターネット・チラシ・看板・知人の勧め・その他 ()

3. 今日いらしたのはどなたのご希望ですか?

自分の希望・家族にすすめられて・職場ですすめられて・その他 ()

4. どのようなことに一番困って受診されましたか?

(いつから)
(どのようなこと)
(思い当たるきっかけ、生活上の変化)

5. 今までに心療内科や精神科にかかったことはありますか？ (はい・いいえ)

(いつからいつまで)

(どこで (病院名など))

(病名や症状)

(どのような治療を受けていましたか？薬・カウンセリング・入院など)

6. これまでにかかった病気はありますか？

以下の治療をされている方はチェックしてください

糖尿病、甲状腺、緑内障、前立腺肥大、喘息、高血圧、心臓病、不整脈

肝臓病、腎臓病、てんかん、その他 ()

現在通院中・通院場所 ()

7. 現在内服中の薬・サプリメント・外用薬はありますか？ (あり・なし)

内容：

8. アレルギー (食べ物・薬品) はありますか？ (あり・なし)

内容：

9. 生育歴について教えてください。

出身地

最終学歴 卒業・中退／成績 (例：中の上など)：

結婚歴 (未婚・既婚・離婚・別居・死別)

子供は何人ですか？ () 人)

どなたと住んでおられますか？

10. 職歴について教えてください

現在の仕事内容： 勤続年数： 年

どのようにして生計を立てていますか？：

今までの仕事内容（どんな仕事にどのくらい勤めていましたか？順を追って書いてください。多い方はここ数年間の仕事に関して書いてください）

11. あなたのもともとの性格はどうでしたか？あてはまるもの全てに丸をつけてください。

社交的・一人でいることを好む・温厚・おとなしい・活動的・無口・おしゃべり・がまん強い・気が短い・こまかい・几帳面・こり性・がんこ・まじめ・おおざっぱ・いいかげん・楽天的・心配性・世話好き・たよりない・喜怒哀楽が激しい・負けず嫌い・気が弱い・大げさ・ひかえめ・人の言う事に影響されやすい・空想にふけりやすい・その他（ ）

12. ご家族について教えてください。

家族	年齢	職業（学年）	
父	歳		健康・病気・死亡（原因 ）
母	歳		健康・病気・死亡（原因 ）
祖父	歳		健康・病気・死亡（原因 ）
祖母	歳		健康・病気・死亡（原因 ）
祖父	歳		健康・病気・死亡（原因 ）
祖母	歳		健康・病気・死亡（原因 ）
兄弟／姉妹	歳		健康・病気・死亡（原因 ）
兄弟／姉妹	歳		健康・病気・死亡（原因 ）
兄弟／姉妹	歳		健康・病気・死亡（原因 ）
兄弟／姉妹	歳		健康・病気・死亡（原因 ）
夫／妻	歳		健康・病気・死亡（原因 ）
子	歳		健康・病気・死亡（原因 ）
子	歳		健康・病気・死亡（原因 ）
子	歳		健康・病気・死亡（原因 ）
上の表で足りない場合こちらに記入してください			

血縁関係で心療内科や精神科にかかられた方がいますか？
 いる（どなたが 、どんなことで？ ）・いいえ・知らない

13. 体調や生活状況に関してお答えください

○ 身長 cm、体重 kg、体重変化（ ヶ月で kgの増・減・変化なし）
○ アルコール □飲む（種類 ・週に 日・量 ）・□飲まない
○ タバコ □吸う（一日 本 ）・□吸わない
○ コーヒーやお茶 □飲む（一日 杯）・□飲まない
○ 麻薬・覚せい剤・大麻・エクスタシー・シンナー・その他の使用経験はありますか？
□（ ）・□なし
○睡眠（□十分、□不十分、□眠りすぎ）何時間（ 時～ 時）
□寝付きが悪い、□途中で目覚める、□早朝に目覚める、□熟睡感がない
○食欲（□ある、□ない、□波がある）
○便秘（□正常、□下痢、□便秘、□下痢と便秘繰り返す）
○性欲（□変化なし、□減った、□増えた）
女性の方
○月経（□規則的、□不規則、□閉経）
○妊娠の可能性（□あり、□なし）
○授乳（□あり、□なし）

14. 何か治療に関して希望することはありますか？

--