

## よしみメンタルクリニック問診票

(患者番号: )

来院時記入欄					
身長	cm	体重	kg	最高血圧	mmHg
				最低血圧	mmHg
				脈拍	bpm

記入者: 本人・配偶者・母・父・その他( )

ご本人	フリガナ:
	氏名: (男・女)
	生年月日: 大・昭・平 年 月 日 ( ) 歳
	〒 -
	住所:
自宅電話:	
携帯電話:	[本人・母・父・その他( )]
クリニックの名前を出してお電話しても構いませんか (はい・いいえ)	
※「いいえ」と回答された方: ご希望の名乗り方をご記入ください [医師名・よしみクリニック・その他( )]	
現在の職業または学校名:	最終学歴: 卒業 / 中退( 年時)

## 1. 本日の困りの内容 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろから

--

## 2. ご不調 当てはまるものすべてに○をつけてお答えください \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろから

<p>気分が落ち込んでいる / 気分が上がりすぎる / 以前楽しめたことが楽しめない / 気分の波がある / 集中できない  何をしても億劫な感じがする / 寝つきが悪い / 夜中や早朝に目が覚めてしまう / ぐっすり寝た気がしない  寝すぎてしまう / 食欲がない / 食べ過ぎてしまう / 自分を傷つけてしまう / 死んでしまいたいと感じる  不安を感じる / イライラする / 動悸がする / 息苦しくなる / 人前で緊張してしまう / 戸締りなどが気になる  汚れているのではと気になる / 一人にいるときに誰かの声がある / 常に誰かに見られている気がする / 自分の考えが他の人にばれている気がする / その他( )</p>
--

## 3. 思い当たる経緯やきっかけ等がございましたら、お書きください \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろから

--

## 4. 今までに精神科・心療内科(カウンセリングも含む)に行かれたことはありますか。(ない・ある)

_____年_____月( 歳ごろ)~_____年_____月( 歳ごろ)	施設名:	内容・結果:
_____年_____月( 歳ごろ)~_____年_____月( 歳ごろ)	施設名:	内容・結果:
_____年_____月( 歳ごろ)~_____年_____月( 歳ごろ)	施設名:	内容・結果:

## 5. 今までにかかった・もしくは治療中の、大きな身体的病気・怪我などはありますか。(ない・ある)

_____年_____月( 歳ごろ)	病名:	完治 / 治療中(施設名: )
_____年_____月( 歳ごろ)	病名:	完治 / 治療中(施設名: )
_____年_____月( 歳ごろ)	病名:	完治 / 治療中(施設名: )

次のページへ続きます

6. ご家族の構成と年齢、ご自身の出身地についてお書きください(足りない場合は裏面もご利用ください)。

出身地： _____ 県・都・府・道・その他( _____ )		ご家族の中で精神科・心療内科に通院歴がある方がいましたら、ご記入ください。 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>	
父： _____ 歳	存命・死亡(死因 _____ )		同居 ・ 別居
母： _____ 歳	存命・死亡(死因 _____ )		同居 ・ 別居
兄弟(続柄： _____ )	： _____ 歳 存命・死亡(死因 _____ )		同居 ・ 別居
兄弟(続柄： _____ )	： _____ 歳 存命・死亡(死因 _____ )		同居 ・ 別居
兄弟(続柄： _____ )	： _____ 歳 存命・死亡(死因 _____ )		同居 ・ 別居
配偶者： _____ 歳	(存命・死亡(死因 _____ )		結婚： _____ 年目 同居 ・ 別居
※離婚歴：なし ・ あり( _____ 回)			
子(続柄： _____ )	： _____ 歳 存命・死亡(死因 _____ )		同居 ・ 別居
子(続柄： _____ )	： _____ 歳 存命・死亡(死因 _____ )		同居 ・ 別居
子(続柄： _____ )	： _____ 歳 存命・死亡(死因 _____ )	同居 ・ 別居	
その他、同居されている方がいらっしゃいましたら、ご記入ください 例：祖父母(75歳)、友人(28歳)…など ( _____ )			

7. 現在常用している薬はありますか。

ない・ある(薬剤名： \_\_\_\_\_ )

8. アレルギーはありますか。(ない・ある)

食べ物： \_\_\_\_\_ 薬剤： \_\_\_\_\_ その他(花粉症等)： \_\_\_\_\_

9. 睡眠・食欲などについてご記入ください。

睡眠： \_\_\_\_\_ 時間( \_\_\_\_\_ 時～ \_\_\_\_\_ 時) / 食欲：ある ・ ない ・ 波がある / 体重の増減： \_\_\_\_\_ 月ごろから \_\_\_\_\_ kg 増 ・ 減

10. アルコール、タバコなどについてご記入ください。

アルコール：飲まない・飲む(毎日・週 \_\_\_\_\_ 日・飲み会程度) タバコ：吸わない・吸う(1日 \_\_\_\_\_ 本程度)  
 カフェイン：飲まない・飲む(毎日・週 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 杯程度)

11. 現在利用している公的制度・サービスがあればご記入ください。(例：障害者手帳、療育手帳、生活保護…など)

( \_\_\_\_\_ )

12. 診察にあたってご希望される内容について、当てはまるものすべてに○をつけてお答えください。

現在の状態がどういものか知りたい ・ 状態を改善したい ・ 薬を処方してほしい ・ カウンセリングを受けたい  
 診断書や書類を発行してほしい(初回の診察ではお出しできない可能性があります) ・ その他( \_\_\_\_\_ )

13. その他、医師に知らせておきたいこと・ご希望があればご記入ください。

14. 当院をどこでお知りになりましたか。

紹介(紹介元： \_\_\_\_\_ ) ・ インターネット ・ その他( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。この内容は診療以外の目的には使用しません。