

記入日： 年 月 日

問 診 票

フリガナ お名前 _____	性別 男 ・ 女
生年月日： 年 月 日生（ 歳）	
現住所 〒	
電話番号	
*必要な場合、クリニック名でご連絡を差し上げてもかまいませんか？（はい/いいえ）	
当クリニックはどこでお知りになりましたか？ ・他の医療機関で聞いて ・看板、通りすがり ・インターネット検索 ・知人から聞いて ・その他（ ）	

※以下の質問は、さしつかえのない範囲でご記入いただき、お答えが難しいところは空欄のままでかまいません。

1. お困りのことは何でしょうか？（いつ頃からどんな症状が出現したかなど、ご自由にお書きください。）

※最初に症状が出現したのはいつ頃ですか？ 年 月頃から（または 歳頃）

※思い当たるきっかけはありますか？ ある（ ） ない

2. 今つらいことは、どんなことですか？（複数チェック可）

- 疲れやすい 体がだるい 気力がない 不安感 胸がどきどきする 息苦しくなる いらいらする
気持ちが落ち込む 考えがまとまらない 集中力がなくなった よく涙が出るようになった
気持ちが焦りやすい 朝起きるのがつらくなった 元気がよすぎる 頭痛 肩こり めまい 吐き気
下痢または便秘がひどい 死にたい気持ちになることがある 周りから嫌がらせを受けているように感じる
同じことを何度も確認する うっかりミスや忘れ物が多い コミュニケーションが苦手 こだわりが強い

3. 睡眠について

夜は良く眠れますか？ はい いいえ（いいえの方は以下の項目にもチェックをお願いします）

なかなかねつけない 途中で目が覚める 朝早く目が覚める 眠りが浅い（複数チェック可）

平均睡眠時間はおおよそどのくらいですか？ 約（ ～ ）時間程度

平均的な就寝・起床時間は何時頃ですか？ 就寝： 時頃 / 起床： 時頃

4. 食欲について

食欲はありますか？ はい いいえ

体重の変化はありますか？ はい（ここ_____ヶ月で_____kg の 減少・増加） いいえ

5. これまで、心療内科や精神科などを受診されたことはありますか？

ない ある

※現在通院中ですか？ はい いいえ

6. いままで治療された主な身体のご病気、手術歴などについて

なし あり(病名: _____、 _____、 _____)

糖尿病(なし あり) 心臓疾患(なし あり・病名_____) 高血圧(なし あり)

緑内障(なし あり) 肝臓疾患(なし あり・病名_____)

※現在治療中のご病気はありますか？ なし あり(病名: _____)

※現在内服中のお薬はありますか？ なし あり(薬剤名: _____)

7. 生育歴・教育歴・職業歴についておうかがいします。

主な生育地(_____、 _____)

最終学歴(中学校 高校 専門学校 大学 大学院) 卒業 在学中 中退

現在のご職業(_____) 転職 なし あり(_____ 回)

就労されている方へ:平均残業時間(約 _____ 時間/月)、休日出勤(約 _____ 日/月)、欠勤(約 _____ 日/月)

8. ご家族についておうかがいします。

両親はご健在ですか？ はい いいえ(_____)

兄弟姉妹 なし あり(_____ 人中 _____ 番目) 子供 なし あり(_____人)

結婚歴 未婚 既婚 離婚 現在の同居中の方(_____)

※血縁のご家族で心療内科・精神科・神経科などを受診されたことがある方はおられますか？

なし あり(ご関係: _____ 病名: _____)

9. お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり(症状_____)

10. 飲酒やたばこなどについて

飲酒 ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む(1日あたり _____ を _____ 本くらい)

喫煙 吸わない 吸う(1日あたり_____本くらい)

シンナー・覚せい剤・大麻・LSD・MDMA などの使用歴 なし あり

11. 治療についてご希望があれば、ご記入ください

※ご記入が終わりましたら、受付までお声かけください。

※ご記入いただきました個人情報、厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。