

# 問 診 票

フリガナ お名前	生年月日: 年 月 日生 ( 歳)	男 女
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ることがあります(予約の変更、書類作成の確認、休診等)		
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. 今つらいことは、どんなことですか? (当てはまる□全てにチェック☑してください)

- 朝起きられない 考えがまとまらない 疲れやすい 体がだるい 気力がない
- 集中力がない いらいらする 気持ちが落ち込む よく涙が出る 死にたい気持ちになることがある
- 元気がよすぎる じっとしてられない 気持ちが焦りやすい
- 周りから嫌がらせを受けている 他の人には聞こえない声が聞こえる
- 食べ過ぎる やめられなくて困っていることがある(お酒、薬物、インターネット、ゲーム その他 )
- 物を壊したり、人に当たったりしてしまう
- 不安感が強い 同じことを何度も確認してしまう(鍵、ガスの元栓、電気等)
- 胸がどきどきする 息苦しくなる 頭痛 肩こり めまい 吐き気 下痢または便秘がひどい
- うっかりミスや忘れ物が多い 締め切りが守れない コミュニケーションが苦手 こだわりが強い
- (その他 \_\_\_\_\_ )

※最初に上記の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. 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

→裏面もご記入ください

### 3. 睡眠について

夜はよく眠れますか？ 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. 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（あれば○をつけてください）

糖尿病 心臓疾患 高血圧 緑内障 肝臓疾患 前立腺肥大症

その他（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：                   ）

### 6. お薬のアレルギーはありますか？

### 食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり（薬品名\_\_\_\_\_）

なし あり（食品名\_\_\_\_\_）

### 7. 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

### 8. 治療についてご希望があれば、下記にチェックしてください

薬を使った治療を受けたい  漢方薬を試してみたい  できるだけ薬は飲みたくない

診断してほしい  診断書がほしい

心理検査を受けたい  認知行動療法を受けたい  カウンセリングを受けたい

医師と相談して考えたい  その他（                   ）

※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は、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。