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　□じっとしていられない　□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

3. 睡眠について

→裏面もご記入ください

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. 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（あれば〇をつけてください）

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ございません。