

R 年 月 日

問 診 票

下北沢メンタルケアクリニック

フリガナ	性 別
氏名	男性 ・ 女性
生年月日 年 月 日 (歳)	
現住所 〒	
どなたとお住まいですか？ ☐ 家族 ☐ 友人 ☐ パートナー ☐ 一人暮らし	
電話番号	
緊急連絡先	間柄

1 本日はどのようなことがお困りで受診されましたか？ ※足りない場合は裏面にご記入ください。

上記の症状は、いつ頃からどのようなきっかけではじまりましたか？

2 今つらいことは、どんなことですか？(複数✓可)

- ☐ よく眠れない ☐ 疲れやすい ☐ 朝起きられない ☐ 気力がない ☐ 不安感が強い
☐ 胸がドキドキする ☐ 息苦しくなる ☐ 気持ちが落ち込む ☐ 死にたい気持ちになる
☐ 食欲がない ☐ 頭痛がする ☐ 吐き気がする ☐ よく物忘れする ☐ めまいがする
☐ 気持ちが焦る ☐ 周りから嫌がらせを受けているように感じる ☐ その他()

3 元来の性格はどんな性格でしたか？(複数✓可)

- ☐ 内向的 ☐ 社交的 ☐ 神経質 ☐ 気は長い ☐ 細かいことは気にしない
☐ 短気 ☐ 責任感が強い ☐ 気を使いすぎる ☐ マイペース

続きます

4 今までに「精神科」「心療内科」「神経科」などにかかったことがありますか？

☐ はい ※足りない場合は裏面にご記入ください。 ☐ いいえ

期 間	病院・クリニック名	通院／入院
年 月 ～ 年 月		通院・入院
年 月 ～ 年 月		通院・入院

現在通院中ですか？ ☐ はい（病名） ☐ いいえ

5 お身体の病気、手術歴について

☐ なし ☐ あり（才頃）

☐ 脳卒中(脳出血、脳梗塞等) ☐ 心疾患(狭心症、心筋梗塞等) ☐ 緑内障 ☐ 高血圧

☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 不整脈 ☐ がん ☐ その他()

上記のうち現在治療中のお身体の病気はございますか？

☐ なし ☐ あり

6 成育歴・教育歴・職業歴について

出身地() ご職業()

最終学歴 (☐ 中学 ☐ 高校 ☐ 専門学校 ☐ 大学 ☐ 大学院) ☐ 在学中 ☐ 卒業 ☐ 中退

7 ご家族について

① 兄弟姉妹 ☐ なし ☐ あり (人きょうだいの 番目)

② 結婚歴 ☐ 未婚 ☐ 既婚 ☐ 離婚 ☐ 現在同居中

③ 子ども ☐ なし ☐ あり (例 男 12 歳、女 6 歳:)

④ご家族で精神科、心療内科にかかった方はおられますか？ ☐ いいえ ☐ はい

どなたが、どんなご病気でしたか？ ()

8 タバコ ☐ 吸わない ☐ 吸う(歳から 1 日__本くらい)

お酒 ☐ ほとんど飲まない ☐ 機会があれば飲む ☐ ほぼ毎日飲む

9 お薬や食べ物が原因で、アレルギーを起こしたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい (お薬等の名前)

10 お薬について ☐ お薬が欲しい ☐ できれば、お薬は飲みたくない ☐ お薬は絶対飲みたくない

11 ※女性の方 現在妊娠されていますか？ ☐ はい(週目) ☐ 可能性がある

お疲れ様でした。ご記入が終わりましたら受付までご提出ください。