

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	年 齡 歳
現住所 〒	
お電話番号	緊急連絡先（間柄） ( )

1 本日来院された目的をお聞かせください。

- 今困っている症状について相談したい
- お薬が欲しい
- セカンドオピニオンを受けたい

2 本日はどのようなことがお困りで受診されましたか（いつ頃からどんな症状が出たか等）

※足りなければ、裏にご記入ください。

[ ]

- ※ 症状のきっかけと思われることはございますか？  ある  ない  
ある場合、どんなことでしたか？

[ ]

3 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 ( )

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  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
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  いいえ

5 今まで治療された主なところや身体の病気、手術歴について

なし  あり ( 才頃 )

現在治療中の身体の病気はございますか？

なし  あり ( 病名 )

6 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

7 成育歴・教育歴・職業歴についてお尋ねします

ご出身 ( ) 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

8 ご家族について

兄弟姉妹  なし  あり

子供  なし  あり ( ) 人

結婚歴  未婚  既婚  離婚  現在同居中

※ 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？

9 お薬や食べ物が原因で、発疹や肝障害などの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 このクリニックは、何でお知りになりましたか？

ホームページ  通りかかり  その他 ( )

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願います。