

問診票

西暦_____年_____月_____日

ご記入をお願いします。当てはまるところを○で囲んでください。書きたくないところは 空欄のままです。

受診者のお名前 ふりがな _____ 年齢 _____ 歳 記入者 本人 ご関係者（続柄 _____）

ご住所 _____

電話番号（本人） _____

電話番号（ご家族） _____

1. 困っている症状、相談したいことは何ですか？

_____（ _____ 年 _____ 月 _____ 日ころから）

2. 上記症状のため、これまでに精神科、もしくは他の科に受診・通院したことがありますか？

_____ 病院 _____ 科 _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで

3. 現在飲んでいるお薬があれば、教えてください。

4. 症状チェックリスト： 最近の状態について、症状のあるものを○で囲んでください。

- ・胃がむかむか ・食欲がない（普段の____%） ・吐く ・下痢 ・便秘 ・胸がドキドキ ・立ちくらみ
- ・目まい ・月経不順 ・無月経 ・性機能障害 ・じっと座っているのがつらい ・そわそわする ・ふらつく
- ・姿勢や動きが固い ・眠れない ・頭痛 ・頭がおもい ・首筋や肩がこる ・人前で緊張 ・外出しづらい
- ・こだわりが強い ・嫌な考えが浮かぶ ・イライラ ・不安 ・疲れやすい ・やる気が出ない ・ゆううつ
- ・孤独感 ・ものごとを楽しめない ・夜より朝がつらい ・みんなに迷惑をかけていると感じる
- ・仕事、家事、学業が出来ない ・生きているのがいや
- ・自殺をしそう ・自殺を試みた ・考えがまとまらない ・人に見られている感じ ・うわさされている感じ
- ・姿が見えないのに声が聞こえる ・興奮する ・気分がハイ ・怒りっぽい ・人や物にあたりそう
- ・自傷しそう ・記憶が抜け落ちる ・意識を失う ・不注意なミスが多い ・物忘れ
- ・自分で身の回りのことができない

その他の困った症状・行動

5. 内科、その他の科の病気をお持ちであれば教えてください

6. ご家族の方で精神科通院歴のある方はいらっしゃいますか？

いない

いる

・祖父 ・祖母 ・父 ・母 ・兄弟姉妹 ・子 ・おじ ・おば ・いとこ

7. 最終学歴と現在のご職業は？

最終学歴：

現在のご職業：

8. 現在の家族構成は？

9. 医師・医療へのご要望は？

10. 麻生メンタルクリニックでは、初診の方で希望者には受診後3日以内に状態伺いメールを送ります。
希望される方はメールアドレスをご記入ください。

_____@_____

アンケート 当院をどのように知りましたか？

・知人から紹介 ・ホームページを見て ・看板を見て ・他院からの紹介

・その他（_____）