

初診日：令和 年 月 日

ふりがな 氏名：	性別： 男・女
生年月日：T・S・H 年 月 日	年齢： 才

※診断や治療の際にとっても重要な情報となりますので、お手数ですが該当する部分のご記入をお願い致します。分かりにくいところがありましたら、スタッフにお尋ねください。

0、この問診票をご記入されているのは 本人 その他（関係： ）

1、今回はどんなことがお困りで受診されましたか？

眠れない 気分が落ち込む 意欲が出ない 不安感 動悸がする その他
具体的に：

2、それはいつ頃からですか？

3、思い当たる原因はありますか？ 有 無

具体的に：

4、下記の症状であてはまるもの全てにチェックしてください

不安 緊張 悲しみ 意欲低下 イライラ 怒りっぽい
 動悸がする 音に敏感 他人の視線が気になる 考えがまとまらない
 眠れない（ 寝付きが悪い 何度も目が覚めてしまう 眠りが浅い）
 食欲低下 食欲過多 不注意 物忘れ 死にたい気持ちがある

その他：

5、これまでに心療内科・精神科を受診したことはありますか？ 有 無

具体的に：

6、現在治療中の病気はありますか？ 無

高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大症 甲状腺異常
 その他：

7、内服中のお薬やサプリメントはありますか？ 有 無

具体的に：

8、食べ物やお薬のアレルギーはありますか？ 有 無

具体的に：

※2枚目に続きます

9、ご家族に、心療内科・精神科で治療歴のある方はいらっしゃいますか？ 有 無
具体的に：

10、女性の方にお尋ねします

生理は 規則的 不規則 閉経 /生理時の気分変動 大きい 気にならない
妊娠中(可能性が少しでもある場合も含む)もしくは授乳中ですか？ はい いいえ

11、タバコやお酒はたしなみますか？

タバコ 才より1日 本程度 吸わない
お酒 才より1日 程度 飲まない

12、シンナー、大麻、危険ドラッグ、覚せい剤等の使用歴 有 無

13、ご本人の性格にあてはまると思うものに○をつけてください

内向的 社会的 神経質 短気 心配性 真面目 おおらか 責任感が強い 飽きっぽい
その他：

14、生活について

出生地 都・県/ 人兄弟の 番目 / 才の頃から現在の住所で生活
最終学歴 中学 高校 専門学校/短大 大学/大学院 最終学校名 ()
仕事歴やその内容：(例：営業職を5年、その後事務職を3年)

結婚歴 有 無 離婚 /子どもの人数(人/性別・年齢：)

同居している家族 有 無

(有りの場合、家族構成を教えてください：)

熱心な信仰など 有 無(具体的に：)

15、利用している制度はありますか？

無い 自立支援医療 障害者手帳 障害者年金 介護保険 その他
(等級など：)

16、当院をお知りになったきっかけを教えてください。

当院ホームページ 知人や家族より 広告や看板を見て 他医療機関からの紹介
その他：

17、その他、医師に伝えたいことや、診療に対する希望がありましたら、ご自由にお書きください。