

**あおばメンタルクリニック 問診票**

診療の参考にいたしますので、お手数ですが、分かる範囲でご記入願います。診察前にお話を伺いますので、簡単にご記入で構いません。いただいた個人情報は診療に関するこのみに使用いたします。

ふりがな		生年月日	大・昭・平 年 月 日( 歳)
お名前		同伴者	なし・あり(どなたと )

いつから、どんな時にどのような症状がありますか？

- いつから(記入例:3年前から、職場で配置転換されてから、・・・)

---

- どんな時に(記入例:起床後しばらくの間、人が多い場所に出かけると、いつも、・・・)

---

- どのような症状(記入例:眠れない、気分が沈む、頭痛、動悸、誰かに悪口を言われる・・・)

---

- 現在までに精神科・心療内科・神経科を受診したことがありますか？  
 ない ・ ある (下記にご記入ください。紹介状をお持ちの方は受付にご提出ください。)  
 ▶ ( )に 年 月～ 年 月まで
- これまでにわずらったことのある身体的病気(高血圧やぜん息、緑内障など)はありますか？  
 ない ・ ある(病名 \_\_\_\_\_ (通院中・経過観察中・完治) \_\_\_\_\_ 歳 医療機関名 \_\_\_\_\_)
- 現在、内服中の薬はありますか？(お薬手帳を受付にご提出された方は記入不要です。)  
 ない ・ ある(お薬名 \_\_\_\_\_)
- 当院に来院されたきっかけを教えてください。  
 自分の意思で・( )のすすめで・インターネット検索・ラジオ/テレビ・雑誌

現在の状況について、ご記入ください。また、該当するものに○をおつけください。

体重	現在( )kg 以前より ( やせた・変わらない・太った )
食欲	なし ・ あり 食事は1日、( ) 回
飲酒習慣	なし ・ あり (何を )を1日、( )
喫煙習慣	なし ・ あり ( )歳から、1日、( )本
アレルギー	なし ・ あり 薬( )食べ物( )その他( )
不眠	なし ・ あり 眠れない・寝つきが悪い・途中で目が覚める・朝起きれない 睡眠時間 ( 時 分)～( 時 分)
同居家族	一人暮らし ・ ( )人世帯(配偶者・父・母・息子・娘・ )
兄弟姉妹	なし ・ あり ( 人中 番目)
結婚	未婚・既婚・離別・死別 お子さんはいますか？ なし・あり( 人)
ご職業	無職(主婦・退職・失業中含む)・パート・学生(高校・専門学校・短大・大学 年) 自営業・会社員(転職経験 なし・あり[ ]回):平均 週 日(1日 時間)勤務
余暇	何もしない・眠る・家事・買い物・趣味/習い事など( )

- 何か、当院、または医師に伝えておきたいことがあれば、ご記入ください。

ご記入ありがとうございました。受付にお渡してください。

診療内容などにより、診療まで長時間、お待ちいただく場合がございます。ご了承ください。