

## 木町通メンタルクリニックOlive 問診票

1/2

記入日                    年                    月                    日

ふりがな		性別	
お名前			男・女・その他
生年月日	西暦                    年                    月                    日 (                    歳)		
住所	〒                    ー                    県                    市・町・村		
連絡先	(                    )                    ー		
緊急連絡先	お名前                    (続柄:                    ) 番号 (                    )                    ー		

1、最近の状態で以下に当てはまるものがあれば○をつけてください (複数回答可)

- ・眠れない    ・食欲がない    ・不安感が強い    ・イライラする    ・気分が落ち込む
- ・意欲が出ない    ・死にたくなる    ・身体を傷つけてしまう    ・暴言、暴力がある
- ・昔の嫌な記憶がフラッシュバックする    ・周囲からの評価や目線に対して過敏である
- ・物音に過敏である    ・人混みや閉所が苦手である    ・対人緊張が強い
- ・同じことをなん度も確認してしまう

2、その症状が始まったのはいつ頃からですか？

3、現在症状は                    悪くなっている    ・    良くなっている    ・    変わらない

4、その症状のきっかけとなった出来事やストレスがあれば教えてください

5、過去に精神科・心療内科に入院または通院したことはありますか？

いつ                    どこに

6、これまでの生活について空欄に記入し、当てはまるものに✓ や○を付けてください

- ・生まれ育ったところ \_\_\_\_\_
- ・幼少期に発達の遅れを指摘されたことがある ある ない  
( 言葉    ・    立つ    ・    歩く    ・    集団行動    ・    その他 \_\_\_\_\_ )
- ・最終学歴 \_\_\_\_\_ 卒業 中退 在学中 休学中
- ・成績 小学校 (上・中・下)    中学校 (上・中・下)    高校 (上・中・下)
- ・卒後の職歴・アルバイト歴 なし あり
- ・現在の主な役割 家事 学業                    仕事 (内容 \_\_\_\_\_ 役職 \_\_\_\_\_ )
- ・上記の役割を こなせている なんとかやれる 時々休む 休んでいる
- ・子どもの頃の家庭や学校でのつらい経験があれば記載ください

7、体の状態について空欄に記入し、当てはまるものに✓を付けてください

2/2

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 最近  痩せた  太った  変わらない (元々 \_\_\_\_\_ kg)

睡眠平均 \_\_\_\_\_ 時間 睡眠の質が悪い (薬を飲んでも ・ 飲まない)

・アレルギーはありますか ( \_\_\_\_\_ )

・お酒は飲みますか  飲まない  時々飲む  よく飲む  毎日飲む

・タバコは吸いますか  吸わない  時々吸う  よく吸う

・妊娠・授乳について  妊娠していない  妊娠中  妊娠しているかもしれない  授乳中

・現在他の医療機関に通院していますか \_\_\_\_\_ はい \_\_\_\_\_ いいえ

(医療機関名: \_\_\_\_\_ 受診日: \_\_\_\_\_ 内容: \_\_\_\_\_ )

・他の医療機関からの紹介状はお持ちですか \_\_\_\_\_ はい \_\_\_\_\_ いいえ

・現在服用中のお薬 ( \_\_\_\_\_ )

・この1年間で健診を受けましたか \_\_\_\_\_ はい \_\_\_\_\_ いいえ

(指摘事項のある方のみ 内容: \_\_\_\_\_ )

・これまでにかかった体の病気や大きなケガなどがあれば教えてください

病名: \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_

8、ご家族について (両親・兄弟・配偶者/パートナー・子どもなど)

続柄	年齢	職業	同居 (○×)	関係性・死去・精神科通院歴など
父				
母				

9、普段、あるいは以前の生活での楽しみや趣味を教えてください

10、その他、事前に医師に伝えておきたいことや薬についての希望などがあれば教えてください

11、マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。



木町通メンタルクリニック Olive