

横浜弘明寺メンタルクリニック 問診票

フリガナ		生年月日		性別
氏名		大正・昭和・平成・令和	年 月 日 (歳)	男・女
住所	〒 -			
携帯電話	自宅電話			
メールアドレス	緊急連絡先			

※メールアドレスをご登録頂くと、次回ご予約の前日と当日にお知らせが行きます。

1. 来院した理由についてお答えください。最も困っていることを書いてください。

2. 悩み始めたのは、いつ頃からでしょうか？ 頃から

3. きっかけがあればお書きください。

4. 心の病気で当院以前の通院について、覚えている範囲で、期間と病名をお答えください

ない ある

5. 現在の症状について当てはまるものをチェックしてください

- ① 寝つきが悪い 途中で目が覚める 早く目が覚める 眠った気がしない
昼と夜が逆転している 悪夢をみる 寝言がひどい
- ② 食欲がない 食べ過ぎてしまう 吐いてしまう
- ③ 動悸・胸痛 息苦しさ 腹痛・下痢・便秘 頭痛 胃の痛み めまい・ふらつき
肩こり 体の痺れ だるさ
- ④ 憂うつになり落ち込む ものごとが楽しめない 好きなこともやる気が出ない
イライラする 怒りっぽい ものごとに集中できない 消えてしまいたい 死にたい
- ⑤ 漠然と不安 体のことが不安 決まった場所や状況 () が苦手
- ⑥ 同じことを何度も確認してしまう 意味のないことを繰り返し考え止まらない
同じ怖い記憶を繰り返し突然思い出す
- ⑦ 誰かに悪口を言われているような気がする 見張られたり、うわさをされている気がする
- ⑧ お酒がやめられない 無駄な買い物を何度もしてしまう 薬がやめられない
- ⑨ 物忘れて困る
- ⑩ 人間関係で困る (家族 職場 友人) 仕事が合わない
- ⑪ 睡眠時間が短くても活動的に過ごせた時期がある
- ⑫ その他 ()

6. 症状はどの程度でしょうか

- 家事・仕事・勉強に支障がある (いつ頃から:)
- 家事・仕事・勉強ができない 引きこもっている (いつ頃から:)

7. 生き立ちについてお答えください

出身地はどちらですか ()

兄弟姉妹は何名で、ご自身は何番目ですか () 人中 () 番目

生まれた時に変わったことはありましたか? ない ある ()

発達の遅れを指摘されたことはありましたか? ない ある ()

8. 最終学歴

学校名 () 中学 高校 専門学校 大学 大学院

在学中 中退 卒業 学校の成績は 良い 普通 悪い

9. 現在の職業についてお答えください

現在 仕事をしていない 仕事をしている (いつから: 職種:)

10. 以前の職歴があればお書きください:

11. ご結婚についてお答えください。 していない している (回目・ご結婚年齢 歳

していたことがある (回数: 回・() 歳~ () 歳

12. お子さんについてお答えください。

いない いる (年齢と性別:)

13. 同居の方がいらっしゃいましたらお答えください。

父 母 配偶者 子 義父 義母 兄弟姉妹 交際相手 友人 その他 ()

14. ご家族の中で、心の病気の方がいらっしゃいましたらお答えください。

いない いる ()

15. 現在治療中のからだの病気についてお答えください。

ない ある ()

16. これまでに入院や手術をした病気についてお答えください。

ない ある ()

17. 現在内服している薬がありましたらお答えください。

ない ある ()

18. 食べ物や薬などのアレルギーがありましたらお答えください。

ない ある ()

19. お酒の量についてお答えください。

のまない 飲む () を () ml、週 () 回

20. タバコについてお答えください。

吸わない 吸う 1日 () 本

21. 習慣性のある薬物など(脱法ドラッグ、大麻、覚醒剤など)の使用についてお答えください。

使用したことはない

使用していたことがある (何を:) (いつ頃:)

22. 女性の方のみお答えください。

現在妊娠している (可能性含む) 現在授乳している

23. 身長・体重についてお答えください。 身長: () cm 体重: () kg

24. 最後に血液検査を受けたのはいつですか。 3ヶ月以内 1年以内 1年以上前または覚えていない

25. 診察に対しての希望を伺います。 薬の治療 希望する 希望しない 医師の判断に任せる

診断書 希望する 希望しない 医師の判断に任せる

血液検査 希望する 希望しない 医師の判断に任せる