

中山メンタルクリニック 問診票(診療申込書)

記入者: 本人・代理人 (名前) _____ 続柄 _____ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ふりがな		性別	生年月日	(大正・昭和・平成)
氏名		男 女	年齢	年 月 日 (才)
住所	〒 _____	電話番号		(自宅)
				(携帯)
※こちらのクリニックをどちらで知られましたか？ 1. ホームページ 2. 当院看板 3. ご家族・知人からの紹介 4. 他院からの紹介 5. 折り紙広告 6. ポスティング 7. その他()				
紹介状はお持ちですか？ (有・無)		マイナ保険証で受診される方は、診療情報の利用について同意をお願いいたします。(同意する・同意しない)		

1. どんなことでお困りですか？(特に困っている項目には○で囲んでください。いくつでも可)

- ねむれない 食欲がない 気持ちが落ち込む 意欲がでない 不安になる 動悸がする
緊張する 泣きたくなる 体がだるい 会社や学校へ行けない おこりっぽい 物忘れが多い
アルコールがやめられない 対人関係に悩んでいる(子供・配偶者・パートナー・会社・友人・その他)
その他(具体的にご記入ください) ()

2. その症状はいつ頃からありますか？

_____年_____月頃 あるいは_____才ごろから

・思い当たる原因があれば教えてください。

[_____]

・そのことで治療を受けたことはありますか？(ある・ない)

「ある」とお答えの方→(_____ 病院・医院 _____ 科)

3. 今まで心療内科・精神科におかかりになったことがある方は、お書きください。

[_____]

4. 現在、心療内科・精神科以外でおかかりの病院(医院)はありますか？

_____の病気/けがで_____病院・医院に通院中

_____の病気/けがで_____病院・医院に通院中

_____の病気/けがで_____病院・医院に通院中

5. 現在服用されている薬があれば、お書きください。(お薬手帳をお持ちの方は記入の必要ありません。)

[_____]

6. これまでした大きな病気、入院、手術などあれば、お書きください。

[_____]

7. 1年以内に健診を受けられましたか？指摘事項があれば、お書きください。

受けた(受診時期: _____ 指摘事項: _____) _____ 受けていない

8. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

ある(原因物質: _____ 症状: _____) _____ ない

→裏面もあります。ご記入お願いします。

9. 生活について教えてください。

1) 現在のお仕事(会社名・職種等)または学校名(学部・学年)を教えてください。

[_____]

2) 過去の主な職歴を簡単に教えてください(〇〇に約何年など)。

[_____]

3) 出身地と最終学校名を教えてください。

(出身地: _____ 最終学校名: _____ 卒・中退)

4) 趣味があれば教えてください。

[_____]

10. ご家族についてお伺いします。

・現在、何人暮らしですか? (_____ 人)

・ご結婚についてお伺いします。

ご結婚歴 なし・あり (_____ 回) 現在 (婚姻中・離婚・死別)

・家族構成を教えてください。

続柄	年齢	同居の有無(○/×)

続柄	年齢	同居の有無(○/×)

・ご家族・親戚のなかで、心療内科・精神科にかかられた方はいらっしゃいますか?

いる(_____) いない

11. 嗜好品等についてお伺いします。

・飲酒をしますか? (しない・時々・毎日) (種類や量: _____)

・喫煙をしますか? (吸わない・吸う) (_____ 本/日、 _____ 時から)

12. シンナー、麻薬、覚せい剤、危険ドラッグなどの使用経験はありますか?

(いいえ・はい) (薬物名: _____)

13. 女性の方にお伺いします。

・現在、妊娠されていますか? はい (妊娠週数を教えてください: _____ 週) いいえ

・授乳中ですか? はい いいえ

・月経と症状に関連はありますか? はい いいえ

以上です。ご記入いただきありがとうございました。

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。