

iころクリニック 日本橋 問診票

No. _____

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

代筆される方のご本人との関係 (_____)

フリガナ _____

生年月日 ____ 大正・昭和・平成

名前 _____

____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳)

ご連絡できる電話番号 Tel _____

—

—

性別 (男 ・ 女)

住所 (〒 _____)

当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。

にレを記入してください。

他の医療機関からの紹介 知人から聞いて インターネット (ホームページなど)

電話帳 看板 その他 (_____)

わかる範囲でお答えください。わからない場合は空欄でもかまいません。

① どのようなことでお困りですか？

② それはいつ頃からですか？

③ いま困っていることは、どんなことですか？ (複数回答可)

体がだるい やる気が出ない 集中できない 考えがまとまらない 泣きたくなる

食欲がない 眠れない 動悸 吐き気 頭痛 肩こり 冷や汗 手のふるえ

緊張感 不安感 電車やバスに乗ると具合が悪くなる 人間関係がうまくいかない

何度も確認してしまう 考えが頭から離れない じっとしてられない イライラする

怒りっぽくなった 気分の浮き沈みが激しい 消えてしまいたい 自分を傷つけたい

周りから嫌がらせを受けている 嫌なことを言われている感じがする

忘れっぽくなった

④ いままで精神科・心療内科にかかったことがありますか？

いつ： ____ 年 ____ 月ころ 病院名： _____

病名： _____

いつ： ____ 年 ____ 月ころ 病院名： _____

病名： _____

⑤ 現在、精神科・心療内科にかかっていますか？

いつから： ____ 年 ____ 月ころ 病院名： _____

病名： _____

⇓⇓裏面に続きます⇓⇓

⑥ いままでに治療されたことのある体の病気やケガはありますか？

いつ： 年 月 ころ 病院名： 病名：

いつ： 年 月 ころ 病院名： 病名：

⑦ 現在、治療中の体の病気やケガはありますか？

糖尿病 高血圧 緑内障 高脂血症

心臓の病気 () 腎臓の病気 () 肝臓の病気 ()

その他の病気 ()

⑧ 現在、飲んでいる薬はありますか？ お薬手帳 あり なし

薬品名：

⑨ 食べ物や薬のアレルギーはありますか？

食べ物：

薬品名：

⑩ お酒やタバコなどについて

お酒 飲まない 飲む→(何日おき _____ お酒の種類 _____ お酒の量 _____)

タバコ 吸わない 吸う→(1日 _____ 本くらい)

危険ドラッグ・シンナー・覚せい剤・大麻などの使用 ない ある(いつ _____)

⑪ 学歴・職業・婚姻について

最終学歴 中学校 高校 専門学校 短大 大学 大学院 (在学中 卒業 中退)

ご職業

婚姻 未婚 既婚 離婚 (_____ 回) 死別

⑫ 同居している家族について

父 母 配偶者 子 (_____ 人) 祖父 祖母 兄弟姉妹 (_____ 人)

その他 (_____)

⑬ 女性の方はご記入をお願いします。

現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？ はい いいえ

⑭ 現在、受けている制度はありますか？

自立支援医療制度 精神障害者保健福祉手帳 (_____ 級) 障害年金 (_____ 級)

身体障害者手帳 (_____ 級) 療育手帳 (_____)

介護認定 (要支援 _____ 要介護 _____) 生活保護

⑮ 医師への質問、診療についてご希望がありましたら、お書きください。

ご協力ありがとうございました。ご記入のうえ、受付へご提出ください。