

# 問診票

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご記入をお願いします。当てはまるところに○を囲んで下さい。書きたくないところは空欄のままです。

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を取得、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します。

受診者のお名前 <sup>ふりがな</sup> \_\_\_\_\_ 年齢 歳 記入者  本人  ご関係者(続柄 \_\_\_\_\_)

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号(本人) \_\_\_\_\_

電話番号(ご家族) \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

## 1. 困っている症状、相談したいことは何ですか？

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日ころから)

## 2. 上記症状のため、これまでに精神科、もしくは他の科に受診・通院したことがありますか？

\_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月まで

## 3. 現在飲んでいるお薬があれば教えてください。

\_\_\_\_\_

## 4. 症状チェックリスト：最近の状態について、症状のあるものを○で囲んで下さい。

- ・胃がむかむか ・食欲がない(普段の\_\_\_\_%) ・吐く ・下痢 ・便秘 ・胸がドキドキ ・立ちくらみ
- ・目まい ・月経不順 ・無月経 ・性機能障害 ・じっと座っているのがつらい ・そわそわする
- ・ふらつく ・姿勢や動きが固い ・眠れない ・頭痛 ・頭がおもい ・首筋や肩がこる ・人前で緊張
- ・外出しづらい ・こだわりが強い ・嫌な考えが浮かぶ ・イライラ ・不安 ・疲れやすい
- ・やる気が出ない ・ゆううつ ・孤独感 ・ものごとを楽しめない ・夜より朝がつらい
- ・みんなに迷惑をかけていると感じる ・仕事、家事、学業が出来ない ・生きているのがいや
- ・自殺をしそう ・自殺を試みた ・考えがまとまらない ・人に見られている感じ ・噂されている感じ
- ・姿が見えないのに声が聞こえる ・興奮する ・気分がハイ ・怒りっぽい ・人や物にあたりそう
- ・自傷しそう ・記憶が抜け落ちる ・意識を失う ・不注意なミスが多い ・物忘れ
- ・自分で身の回りのことができない

その他の困った症状・行動

\_\_\_\_\_

さっぽろ麻生メンタルクリニック

5. 内科、その他の科の病気をお持ちであれば教えてください。

6. 現在の家族構成を教えてください。

7. ご家族の方で精神科通院歴のある方はいらっしゃいますか？

いない

いる

・祖父 ・祖母 ・父 ・母 ・兄弟姉妹 ・子 ・おじ ・おば ・いとこ

8. 最終学歴と現在のご職業は何ですか？

最終学歴：

現在のご職業：

9. 医師、医療へのご要望はありますか？

---

アンケート 当院をどのように知りましたか？

- ・知人からの紹介
- ・ホームページを見て
- ・看板を見て
- ・他院からの紹介
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご記入ありがとうございました。受付までお持ち下さい。

さっぽろ麻生メンタルクリニック