

# 問診票

氏名（カナ）：	男 女	記入者氏名：（間柄： ）	電話番号：	緊急連絡先：
様		様		
住所： 〒      -			生年月日 年      月      日生      歳	
◎今一番つらい症状やお悩みをありのままにお書きください。				
◎悩みが始まったのはいつ頃ですか？      （      年      月） または      （      歳）頃				
◎悩みのきっかけはありましたか？				
◎悩みの経過は？      始まったばかり      ・      変化ない      ・      悪化している				
◎当院への希望      相談 ・ 検査 ・ 診断 ・ 治療 ・ カウンセリング ・ その他（      ）				
◎心療内科のお薬を使用することについて      必要なら使用したい ・ 抵抗がある → 理由（      ）				
◎現在の悩みについて治療や相談を受けたことはありますか？結果はどうでしたか？ ※複数ある場合はそれぞれ書いて下さい				
◎もともとの性格は？・変化しましたか？      （例：活発 or 控えめ／ひとづきあい多い or 少ない／最近気が短くなった）				
◎今までに大きな病気やけがをしたことがありますか？また治療中の病気がありますか？（例：8歳～小児喘息）				
◎現在服用中の精神科以外のお薬は？      … ない・ある（      ）				
◎お薬や食べ物のアレルギーは？      … ない・ある（      ）				
◎家族や親戚のなかで心療内科にかかったことがある方がいますか？（例：叔父 40歳～うつ病・〇〇クリニック通院中）				
◎現在の家族構成を教えてください      （例：父 公務員      長女 大学生）				
同居している方…				
同居していない方…				
飲酒      … 飲まない      ・      たまに飲む      ・      毎日飲む →（1日に飲む量      ）				
趣味・特技      …				
職業・職種      …				
◎当院をどちらで知りましたか？      医療機関の紹介（      ） ・ 知人の紹介（      様） ホームページ・ネット（サイト名：      ） ・ 通りすがり・チラシ・看板				

※ご記入が終わりましたら受付までお持ちください。ご協力ありがとうございました。  
☆すずるメンタルクリニック☆