

なでしこメンタルクリニック問診票

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日		
氏名					
ご記入して頂く方が ご本人以外の場合	フリガナ 氏名		続柄		

※以下の質問は、差し支えない範囲でご記入頂き、お答えが難しい場合は空欄のままで構いません。

1. 本日来院された目的をお聞かせ下さい(複数チェック可)

- 今困っている症状について相談・治療をしたい
 お薬がほしい (もしくは、 お薬は出来れば飲みたくない お薬は絶対に飲みたくない)
 書類(診断書等)が欲しい
 転院
 リワークプログラムの利用
 カウンセリングの希望

2. どのような事がお困りで受診されましたか?(複数チェック可)

- よく眠れない 途中で目が覚める 朝起きるのが辛い 疲れやすい
 体がだるい 気力がない 不安感がある 胸がドキドキする 息苦しくなる
 気持ちが落ち込む 考えがまとまらない 集中力がなくなった よく涙が出る
 イライラする 気持ちが焦りやすい 興奮しやすい 元気が良すぎる
 食欲がない 食欲がありすぎる 頭痛 めまい 吐き気 下痢または便秘
 物忘れが多くなった 記憶が抜け落ちている 自分の身の回りのことが出来ない
 誰もいないのに声が聞こえる 周りから嫌がらせを受けているように感じる
 誰かに見られている気がする 実際にはないものが見える 自分を傷つけたくなる
 死にたい気持ちになる事がある 飲酒をやめられない
 その他()

3. それはいつからですか? 思い当たるきっかけや生活上の変化はありますか?

4. これまでにかかれた心療内科や精神科があればお書き下さい。

歳頃 病院()病名()
 歳頃 病院()病名()
 歳頃 病院()病名()

5. これまでに治療された体の病気や手術などありますか?

- ある 歳頃 病名()
 歳頃 病名()
 ない

6. 現在治療中の病気はありますか?

- ある 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 脳梗塞 緑内障 喘息
 感染症疾患(肝炎・感染症・その他) 前立腺肥大 癌(部位) その他()
 ない

※「ある」の方に伺います。 飲まれている薬はありますか? ある ない

※お薬手帳のご用意をお願いします。

7. 健康状態について記入及びチェックを入れて下さい

食欲 : ある ない
体重 : 痩せた 太った 変わらない
便通 : 良好 便秘 下痢
睡眠 : よい 悪い(寝付けない 途中で目が覚める 早く起きる 寝た気がしない
お酒 : 飲まない 毎日飲む(種類 量 /日) 時々飲む 飲んでしたが止めた
タバコ : 吸わない 吸う(1日 本) 吸っていたが辞めた
アレルギー: ある() ない
女性の方へ: 月経 順 不順 ない 妊娠の可能性 ある なし

8. 性格について当てはまる項目にチェックを入れて下さい

明るい 楽天的 あっさり 社交的 礼儀正しい 頑固 短気 几帳面
飽きっぽい 派手好き 無口 気むずかしい 負けず嫌い 責任感が強い 真面目
愛想がない 粘り強い 遠慮がち わがまま 臆病 人に溶け込まない マイペース

9. これまでの生活について記入及びチェックを入れて下さい

出身地 ()
最終学歴(中学校 高校 専門学校 大学 大学院) 卒業 在学中 中退
職歴 現在働いている(職業) 働いていない
※働いていない方に伺います。働いた経験は ある(職業) ない

10. 家族についてお教え下さい

父は ()歳で、 健在 死去
母は ()歳で、 健在 死去
兄弟姉妹: いる(兄 人・姉 人・弟 人・妹 人) いない
配偶者: いる いない(未婚 離別 死別)
子供 -: いる(人) いない
同居者※: ()
※同居している人を上げて下さい

11. 社会資源サービスの活用はありますか？

自立支援医療: なし 申請中 あり
生活保護: 申請していない 申請中 受給中(担当)
障害者手帳: なし 申請中 あり(種類: 精神 級 知的 度 身体 級)
年金: 老齢(基礎 厚生) 障害 級(基礎 厚生) 遺族(基礎 厚生)

12. 最後になでしこメンタルクリニックをどこで知りましたか？

医療機関からの紹介 行政からの紹介 学校からの紹介 職場からの紹介
通院中の家族の紹介 知人からの紹介 インターネットをみて その他()

以下は来院されたときに記入します。

血圧() 脈() 整 不整 SPO2()
身長() 体重() 利き手 右 左