

ASCENT MENTAL CLINIC saginuma

問診票

ふりがな お名前				性別 (男・女)	
生年月日	昭和／平成	年	月	日	年齢 () 歳
住所	〒				
TEL	ご本人 :	緊急連絡先 :	続柄 ()		

【本日はどのようなことで来院されましたか？その症状はいつ頃からですか？】

きっかけ、原因など、わかる範囲で教えてください。

また診察時のご希望があればご記入をお願いします (診断書希望、お薬希望など)

【症状について】 当てはまる症状に○をつけてください。

- ・不安・憂うつ
- ・意欲がない
- ・疲れやすい
- ・些細なことが気になる
- ・緊張が強い
- ・眠れない (寝付けない 途中で目が覚める 早朝に起きてしまう 起きられない)
- ・動悸がする
- ・めまいがする
- ・食欲がない
- ・人に会いたくない
- ・イライラする
- ・声が聴こえる
- ・幻覚がある
- ・物忘れが気になる

●体重に変化はありますか？

<特に変化は ない / ある> 変化がある方 → (約__ヶ月で__kg、増加・減少)

●お通じに問題がありますか？

<問題ない / 下痢気味 / 便秘気味 / 便秘や下痢で安定しない>

●お酒はのまれますか？

<飲まない / 機会があれば飲む / ほぼ毎日飲む (1日あたり__を__杯くらい)>

●現在妊娠されていますか？(女性の方のみ) <はい / いいえ>

●現在授乳中ですか？(女性の方のみ) <はい / いいえ>

【あなたの生活やご家族について】 当てはまるところに○をつけ、詳細を記入してください。

●両親はご健在ですか？ < はい / いいえ >

●兄弟姉妹はいらっしゃいますか？

< ひとりっこ / きょうだいがいる（自分は__人きょうだい __番目） >

●結婚歴 < 未婚 / 既婚 / 離婚 >

●子供 < いない / いる（__人、お子様の年齢__） >

●どなたかと同居されていますか？

< 独居 / 同居家族がいる（__ 本人を含めて計__人） >

●ご家族、ご親戚の中で心療内科、精神科を受診されたことがある方はおられますか？

いらっしゃる場合は下記にご記入ください。

病名（ ） 続柄（ ）

病名（ ） 続柄（ ）

●最後に通われた学校を教えてください。

中学校/高等学校/専門学校/大学/大学院/その他（卒業・中退・通学中・その他）

学校名（ ）

●今までされてきたお仕事について記入をお願いします。

（例：飲食店接客2年、倉庫アルバイト3か月、など）

●現在病院で治療中の身体の病気があれば、教えてください（例：糖尿病、高血圧、胃がんなど）

●今まで精神科・心療内科にかかれたことはありますか？

< ある / ない >

ある、とお答えの方は下記に記入をお願い致します。

時期：__年__月～__年__月頃 医療機関名：（ ）（外来/入院）

時期：__年__月～__年__月頃 医療機関名：（ ）（外来/入院）

時期：__年__月～__年__月頃 医療機関名：（ ）（外来/入院）

時期：__年__月～__年__月頃 医療機関名：（ ）（外来/入院）

時期：__年__月～__年__月頃 医療機関名：（ ）（外来/入院）

●現在飲んでいるお薬はありますか？（※ お薬手帳をご持参の方はご記入不要です）
＜ない / ある＞

●食べ物、薬などのアレルギーはありますか？

＜ある / ない＞

ある、とお答えの方は下記に記入をお願い致します。

・食べ物： _____

・お薬： _____

以上です。ご協力ありがとうございました。