

表参道こころのクリニック問診表

### 初診時間診表

フリガナ

お名前 生年月日： 年 月 日 歳

住所〒

ご連絡先： アドレス：

※必要な場合クリニック名でのご連絡を差し上げて構いませんか？ (はい・いいえ)

◎以下の質問でお答えが難しい箇所は空欄でかまいません。

#### 1. 受診のきっかけとなったお困り事は、いつ頃からどんなふうに出現しましたか？

思い当たるきっかけはありますか？ (ある \_\_\_\_\_ ・ ない)

#### 2. 現在辛いことはどんなことですか？※複数チェック可

- よく眠れない 気持ちが落ち込む いらいらする 疲れやすい 気力がない
- 体がだるい 不安感 胸がドキドキする 息苦しくなる 考えがまとまらない
- 集中力がない 涙がでる 気持ちが焦りやすい 朝起きるのが辛くなった
- 元気がよすぎる 食欲がない 食欲があり過ぎる 頭痛 肩こり めまい
- はきけ 下痢または便秘がち 死にたい気持ちになることがある
- 周りから嫌がらせを受けているように感じる

#### 3. 睡眠について

夜はよく眠れていますか？ (はい・いいえ※いいえの方は以下の項目にもチェックお願いします)

なかなかねつけない 途中で目が覚める 朝早く目が覚める 眠りが浅い

平均睡眠時間はどのくらいですか？ 約 \_\_\_\_\_ 時間程度

平均的な起床・就寝時間は何時頃ですか？ 就寝： \_\_\_\_\_ 時 起床： \_\_\_\_\_ 時

4. これまで心療内科や精神科を受診されたことはありますか？

ない ある

期間： 年 月～ 年 月まで 医療機関名：

期間： 年 月～ 年 月まで 医療機関名：

期間： 年 月～ 年 月まで 医療機関名：

5. 今まで治療された主なところや身体のご病気・手術歴などについて。

ない ある

現在治療中のご病気はありますか？

ない ある（病名： ）

現在服薬中のお薬はありますか？

ない ある（お薬名 ）

血縁のご家族で心療内科・精神科を受診されたまたは自殺された方はいらっしゃいますか？いない いる（ご関係： 病名： ）

6. 生育歴・教育歴・職業歴についてお伺いします。

主な生育地（ ）

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

現在のご職業（ ） 転職なし あり（ 回）

勤務形態：勤務週 日 平均勤務時間：約 時間

7. ご家族についてお伺いします。

両親は健在ですか？ はい いいえ

兄弟姉妹 なし あり（ 人中 番目） 子ども：なし あり（ 人）

結婚歴 未婚 既婚 離婚 現在同居中の方（ ）

8. お薬や食べ物によるアレルギーを起こしたことはありますか？

なし あり（原因となったもの： 症状： ）

9. 飲酒やたばこなどについて

飲酒 ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む（1日あたり ml）

たばこ 吸わない 吸う（1日あたり 本位）

シンナー・覚せい剤・大麻・LSD・MDMAなどの使用歴 なし あり