

静岡ななつ星メンタルクリニック 問診票

記入日 年 月 日
 記入者 ()

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	年 月 日	歳
フリガナ				
ご住所	〒 -			
電話番号	自宅・携帯	連絡時にクリニック名を出すことについて (可 ・ 不可)		
緊急連絡先	※ご本人と連絡が付かない場合、ご本人以外と連絡を取る必要がある場合に使用させていただきます。 未成年の方は必ずご記入ください。			
	フリガナ	間柄	電話番号	
	お名前			
当クリニックをどちらでお知りになりましたか？ : HP ・ 病院紹介 ・ その他 ()				
1-①.ご相談したい事は何でしょうか？				
1-②.今つらい事は何でしょうか？あてはまるものに○をつけてください(複数回答可)。 眠れない ・ やる気が出ない ・ 憂うつ ・ 疲れやすい ・ 集中できない ・ 食欲がない ・ 忘れっぽい ・ 動悸 体がだるい ・ 考えがまとまらない ・ 死にたい気持ちになる事がある ・ 何をしても楽しくない 不安になる ・ ささいな事が気になる ・ 涙もろくなった ・ 外に出られない ・ 緊張しやすい 怒りっぽい ・ 話しすぎてしまう ・ 周りの事に無関心になってきている ・ 体に違和感がある 悪口が聞こえてくる ・ 自分の事が周りにつつぬけになっている気がする ・ 食欲がありすぎる ・ 口が乾く 頭痛 ・ 腹痛 ・ 腰痛 ・ 胃痛 ・ 肩こり ・ めまい ・ 吐き気 ・ 下痢または便秘がひどい ・ あせりやすい その他 ()				
1-③.それはいつ頃からでしょうか？ 年 月頃から (または 歳頃から)				
1-④.思いあたるきっかけはありますか？ ない ・ ある ()				
1-⑤.心療内科・精神科を受診なさった事がありますか？(ある場合は時期、医療機関名もご記入ください)。 ない ・ ある (年 月～ 年 月) (年 月～ 年 月) (年 月～ 年 月)				
1-⑥.困っている事について身近に相談できる方はいますか？(いる場合は間柄もご記入ください)。 いない ・ いる ()				
2-①.現在の身長・体重をご記入ください(ここ6ヶ月で増減があったかについてもご記入ください)。 身長 (cm) 体重 (kg) 増減が ない ・ あった ()				

登 画 心 D

◎裏面もご記入ください

2-②.これまで治療や手術をしたり、現在治療中のご病気はありますか？
糖尿病 ・ 高血圧 ・ 緑内障 ・ 喘息 ・ 肝臓疾患 ・ 心臓疾患 ・ 神経疾患 ・ 前立腺肥大 ・ 婦人科系疾患
その他（ ）
手術歴： ない ・ ある（ ）

2-③.現在、内服中・使用中的应用のお薬はありますか？（ある場合は薬剤名もご記入ください）。
ない ・ ある（ ）

2-④.お薬、食べ物、物質が原因のアレルギーはありますか？ 【記入例： 何で：スギ花粉 症状：鼻水】
ない ・ ある（何で： 症状： ）

2-⑤.し好について 【記入例： 飲酒：機会があれば飲む（1回あたり ビール350ml缶 を 2 本程度）】
飲酒： 飲まない ・ 機会があれば飲む ・ ほぼ毎日飲む（1回あたり を 本程度）
喫煙： 吸わない ・ 吸う（1日あたり 本程度）

2-⑥.（女性の方にうかがいます）
現在妊娠している可能性はありますか？ ない ・ ある ・ 不明
月経について： 初潮（ 歳頃） 規則正しい ・ 不規則 ・ 閉経（ 歳頃）
妊娠・出産について： 妊娠（ 回） ・ 中絶（ 回） ・ 流産（ 回）

3.元々の性格についてあてはまるものに○をつけてください（複数回答可）。
明るい ・ 社交的 ・ 神経質 ・ 内気 ・ 真面目 ・ おおらか ・ 短気 ・ 完璧主義 ・ マイペース ・ 繊細 ・ 頑固
楽観的 ・ 悲観的 ・ 責任感が強い ・ こり性 ・ あきっぽい ・ その他（ ）

4.生活歴について
出身地【記入例：〇〇県△△市】：
家族構成【記入例：両親・妻・子2人】：
結婚： 未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 死別 ・ その他（ ）

5.教育歴について 最終学歴をご記入ください 【記入例：A高校普通科 卒業】

6.お仕事について 【記入例： 会社員 ・ B株式会社、営業】
職業： 学生 ・ 会社員 ・ 公務員 ・ 自営業 ・ アルバイト ・ 主婦 ・ 無職 ・ その他（ ）
転職歴： ない ・ ある【記入例：事務2年、販売5年】（ ）
残業： ない ・ ある（月 時間程度）
ストレスチェックを受けた事は ない ・ ある（判定： A ・ B ・ C ・ D ・ 不明 ）

7.趣味や興味のある事はありますか？ ない ・ ある 【記入例：読書 ・ スポーツ観戦など】
（ ）

8.診察に関するご希望があればご記入ください。
診断書希望 ・ カウンセリング希望 ・ 処方希望 ・ 薬はなるべく飲みたくない ・ 特になし
その他（ ）

※ご記入いただいた個人情報は厳重に管理し、診療に関する事以外の目的で利用する事はありません。