

静岡ななつ星メンタルクリニック 問診票

※下記をお持ちの方はチェックを入れてください

☐障害者手帳 ☐障害者年金 ☐自立支援医療

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？（ある場合は通院した期間、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 例：友人） 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 例：3kg 減った） 身長 (cm) 体重 (kg) 増減が ない ・ あった ()				

登 画 心 D 検 E
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

◎裏面もご記入ください

