

## 問 診 票

来院日： 年 月 日

記入者： 続柄： (受診者と異なる方がご記入の場合、お書きください)

フリガナ		男	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和
お名前		女 その他		年 月 日 ( 歳 )
ご住所	(〒 - )			
連絡先		当クリニックをどこでお知りになりましたか？		
緊急連絡先		<input type="checkbox"/> 他機関からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人		
ご職業		<input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> その他 ( )		

■本日の受診の理由について、番号に○をしてください。

1. 何らかの精神的な症状のようなので、診断・治療を受けたい。
2. 広汎性発達障害（アスペルガー障害や ADHD など）のようなので、診断・治療を受けたい。  
→ 別紙の問診票にも、ご回答ください。
3. 自費のカウンセリング（精神療法・心理療法など）を受けるために、診断を受けたい。  
→ 別紙の問診票にも、ご回答ください。
4. 現在別の医院や施設などで治療中だが、セカンドオピニオンを求めにきた。
5. 自分では病気とは思わないが、言われたので受診した。

■本日の受診でご相談なされたいことについて、お書きください。

(例えば、いつごろから、このようなことで困っている、こういう状態である、などです)

■上のご相談なされたいことについて、現在治療を受けていますか？ ( はい ・ いいえ )

■現在、内服しているお薬はありますか？

■このごろの体調について、おたずねします。

**睡眠** ( 良い ・ 普通 ・ 悪い )                      **食欲** ( 良い ・ 普通 ・ 悪い )  
**便秘** ( 便秘 ・ 普通 ・ 下痢 )                      **月経** ( 順調 ・ 不順 ・ 無月経 )  
**アレルギー** ( あり ・ なし )    アレルギー項目 (                      )  
**アルコール** ( 飲む ・ 飲まない ) 週に \_\_\_\_\_ 回 (種類) \_\_\_\_\_ を (量) \_\_\_\_\_ くらい  
**たばこ** ( 吸う ・ 吸わない ) 一日に \_\_\_\_\_ 本    **ギャンブル** ( する ・ しない )

記入漏れがないか確認し、裏面に進んでください。

■いままでにかかったことのある大きな病気や、慢性化している病気はありますか？

[ ]

■これまでに精神科・心療内科に受診されたことはありますか？ ない方は、飛ばしてください。

1. 時期：           年       月ごろ ～       年       月ごろ
2. 病名：
3. 治療機関：
4. 治療方法： 医師の診察   薬物療法   心理士によるカウンセリング   その他（        ）
5. お悩みだったこと：

[ ]

■ご家族について、おたずねします。わかる範囲で、祖父母さんくらいからお書きください。  
亡くなられている場合は享年を書き、続柄を○で囲ってください。

続柄	年齢	同居・別居	職業	関係の位置に印をつけてください
例： 母親	50 歳	○ 別	事務	とても悪い————— —————とても良い
	歳	同 別		とても悪い—————とても良い
	歳	同 別		とても悪い—————とても良い
	歳	同 別		とても悪い—————とても良い
	歳	同 別		とても悪い—————とても良い
	歳	同 別		とても悪い—————とても良い
	歳	同 別		とても悪い—————とても良い
	歳	同 別		とても悪い—————とても良い
	歳	同 別		とても悪い—————とても良い
	歳	同 別		とても悪い—————とても良い
	歳	同 別		とても悪い—————とても良い

■現在、ご家族以外のパートナーがいいらっしゃる方は、その方についてお書きください。

関係	年齢	同居・別居	職業	関係の位置に印をつけてください
例： 彼氏	40 歳	同 別	会社員	とても悪い————— —————とても良い
	歳	同 別		とても悪い—————とても良い
	歳	同 別		とても悪い—————とても良い

■ご家族で、精神科・心療内科におかかりの方、カウンセリングなどこころのケアを受けられている方はいらっしゃるでしょうか？ どなたが、どういったことでおかかりかを、お書きください。

[ ]

■自立支援医療について（ 受給中 ・ 申請予定 ・ 変更手続き中 ・ なし ・ わからない ）

ご記入ありがとうございました。問診票の内容は当クリニック・オフィスの業務以外に使用しません。