患者登録・心療内科問診票

ふりがな			ご住所	〒（　　－　　）
お名前		男 女 その他		
年齢	歳			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日			
携帯電話			自宅電話	

問診項目

これまでにかかった病気はありますか　なし　あり　（　　）

心療内科・精神科通院歴はありますか　　なし　　現在あり　　過去にあり

ご家族で心療内科通院歴のある方はいますか　　なし　　あり　（ご関係　　）

かかりつけ医はありますか　　なし　　あり　（医療機関名：　　）

定期的に内服されている薬はありますか　なし　あり（　　）

過去に内服し、合わなかった薬　（　　）

薬・食物アレルギー：　なし　花粉症　その他（

嗜好品：　タバコ　　なし　　あり　　（１日　　本　　年間）

お酒　　なし　　あり　　（週　　回／１回　　程度）

コーヒー　なし　　あり　　（１日　　杯）

・現在のお仕事を教えてください（

・職場でツラいことはありますか　人間関係　業務内容　業務量　その他（

・ご実家の家族構成を教えてください（

・現在一緒にお住まいの方はいますか　独居　同居　（

・配偶者が（　いる　　いない　）　交際している方が（　いる　　いない　）

・家族内でストレスはありますか（

症状についてお聞かせください

・いつ頃から（　　）・いちばんツライ症状（　　）

□不眠 □食欲低下 □落ち込み □意欲低下 □集中力低下 □イライラ □逃げたい □死にたい

□不安が強い □頭痛 □めまい □しびれ □ふらつき □胸痛 □腹痛 □呼吸が苦しい □動悸

あなたの性格など背景についてお聞かせください

□気分の波が激しく、絶好調やハイテンションの時期が定期的に来る □ひどい心配性

□死んでしまうようなパニック □過呼吸発作 □フラッシュバックするトラウマ体験

□鍵やガスの元栓などの繰り返す確認作業 □ひどいあがり症 □注目されるのが苦手

□頭の中で声が響く □他人に考えが伝わる感じ □常に誰かに見られている感じ □完璧主義

□片付けが苦手 □スケジュール立てが苦手 □忘れ物・落し物多い □空気を読むのが苦手

・　その他何かお伝えしたいこと、希望があれば、ご記入下さい

・もしよろしければ簡単なアンケートにご協力いただけますよう、お願い致します（複数回答可能）

１）当院を知ったきっかけは？　チラシ　通りがかり　ネット　口コミ　その他（　　）

２）当院を選んだ理由は？　家が近い　職場が近い　診療日時　医師の経歴　クリニックのコンセプト

３）希望する診療内容など（　　）

※その他、ご希望やご意見、ご評価がありましたらぜひネット上の口コミサイト、ホームページ問い合わせ欄、もしくは直接フィードバック頂きますようよろしくお願い致します。

※なお、医療利用の目的で保険証をコピーさせていただきます。ご希望されない方はお申し出て下さい。