

# 大野こころのクリニック問診票

記入日 年 月 日 記入者 本人・本人以外( )

ふりがな

◇氏名 ( ) 男 ・ 女

◇生年月日 昭和・平成 年 月 日 現在 才

◇住所 〒 ( 市 区 )

◇電話番号 ( - - )

\*当院よりお電話を差し上げる際、大野こころのクリニックと名乗ってもよろしいですか? はい ・ いいえ

◇ご職業 ( ) 勤続 ( ) 年

◇勤務時間 ( 時～ 時) 週休 ( ) 日制

◇休日出勤 あり・なし

◇転職歴 なし・あり ⇒ (前職 転職回数 回)

◇最終学歴 中学 ・ 高校 ・ 大学 ・ 専門 ・ その他 ( )  
学校名 ( 年 卒業・中退 )

◇離婚歴 なし・あり ⇒ ( 才)

**当院にいらしたきっかけ** (当てはまるものにすべて○をつけてお答えください)

1. 近所だったから
2. 看板を見て
3. ホームページを見て
4. 電話帳を見て
5. お知り合いからの紹介
6. 職場からの紹介
7. 他の医療機関から紹介

**本日お困りの内容について** (当てはまるものにすべて○をつけてお答えください)

年 月頃から

気分が落ち込む 気分が上がりすぎる 気分の波がある 何をするのも億劫 体がだるい  
寝つきが悪い 夜中や明け方目が覚めてしまう ぐっすり寝た気がしない 寝すぎてしまう  
不安になりやすい イライラする 人前で緊張する 落ち着かない 物忘れが増えた  
食べられない 食べすぎる 鍵の開け閉めなどが気になる 汚れているのではと気になる  
息苦しくなる 動悸がする 誰もいないのに話し声がする 周囲の人に見られている  
監視されている その他 ( )

**おおよその経緯、思い当たるきっかけをお書きください**

**診察に当たってご希望されることについて当てはまるものに○をつけてください**

現在の状態がどういった状態か知りたい 状態を改善する方法を知りたい 薬を処方してほしい  
診断書を発行してほしい 認知行動療法をうけたい カウンセリング セカンドオピニオン  
その他 ( )

**※裏面もご記入お願いします**

これまでに心療内科、精神科を受診したことがありますか？ なし・あり

⇒ ( )年頃 通院先( ) 診断名( )

◇当時服用していた薬があればご記入ください ( )

◇精神科への入院歴 なし・あり  
( )年頃 入院先( ) 診断名( )

現在の生活状況についてご記入ください

◇身長 ( ) cm ・ 体重 ( ) kg

◇体重の増減 なし・あり ⇒ ( )年頃より ( ) kg 増・減

◇睡眠時間 ( )時から ( )時

◇食欲 なし・普通・あり・波がある

◇現在を含めてこれまで大きな病気をしたことがありますか？ なし・あり

(以下に当てはまるものがあれば○をつけてください)

高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・緑内障・前立腺肥大・胃十二指腸潰瘍・ひきつけ・  
けいれん・甲状腺疾患・パーキンソン病・その他 ( )

◇現在服用しているお薬はありますか？ なし・あり ( )

◇アレルギー なし・あり ⇒ ( )

◇アルコール 飲まない・飲む ⇒ (1日に を 程度)

◇たばこ 吸わない・吸う ⇒ (1日に 本程度)

◇これまでに大麻や覚せい剤、シンナー、危険ドラッグなどを使用したことがありますか？

なし・あり ⇒ ( を 才から 才まで)

◇女性の方にお尋ねします。現在妊娠していますか？ はい・いいえ

ご家族についてお答えください

続柄	性別	年齢	同居・別居	職業	健康状態 (あてはまるものに○をつけてご記入ください)
	男・女		同・別		健康・病気( )・死亡( 才・死因: )
	男・女		同・別		健康・病気( )・死亡( 才・死因: )
	男・女		同・別		健康・病気( )・死亡( 才・死因: )
	男・女		同・別		健康・病気( )・死亡( 才・死因: )
	男・女		同・別		健康・病気( )・死亡( 才・死因: )
	男・女		同・別		健康・病気( )・死亡( 才・死因: )
	男・女		同・別		健康・病気( )・死亡( 才・死因: )
	男・女		同・別		健康・病気( )・死亡( 才・死因: )

※健康状態については身体疾患だけでなく精神疾患もご記入ください

緊急連絡先 名前 ☎ ご関係

頼りになる人 名前 ☎ ご関係