**青山メンタルクリニック問診票**

記入日：　　　　年　　月　　日

来院日：　　　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 記入者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄(本人・その他　　　　　　　　) |
| 受診者 | ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男 ・ 女 | 生年月日：　　　　和暦T・S・H・R 年西暦　　　　年　　　月　　　日(　　　 歳) |
| 住所：〒 　 ― |
| TEL　　　　　(　　　　　)　　　　　/携帯電話　　　　　(　　　　　)　　　　　※今後、病院名でお電話差し上げても構いませんか？　はい　/　いいえ未記入の場合は病院名でお電話差し上げます　・いいえの場合は名乗り方のご希望をお書きください。【　　　　　　　　　　】 |
| 緊急連絡先名：　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　(　　　　　)　　　　　/携帯電話　　　　　(　　　　　)　　　　　※今後、病院名でお電話差し上げても構いませんか？　はい　/　いいえ　・いいえの場合は名乗り方のご希望をお書きください。【　　　　　　　　　　　　】 |

**＜以下の項目にご回答をお願い致します。記入したくない項目や分からない項目はそのままで結構です。尚、当院は個人情報保護法を遵守しております。＞**

**1.当院をどのようにしてお知りになりましたか？**

　・他の病院・相談機関(具体的な名称　　　　　　　　　　　　　　　)・知人

　・各サイトを見て( 患者の気持ち / QLife / iタウンページ / MEDWEB / 病院の通信簿 )

 その他( 具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

　・各検索エンジン( Yahoo / Geogle / その他(　　　　　　　　　　　　　　　 　　　)

　　→検索ワード( 例：うつ、心療内科：具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　 　 )

・その他(具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

【2019年12月改訂】

**2.お困りの症状・問題についてお伺いします。**以下、年は西暦でお答えください。

**1)相談の内容をご記入ください（複数記述可）**

|  |
| --- |
| その他　*例：自分は問題ないと思うのだが、最近明るすぎると言われて。* |

**2)1)で記入された症状はいつ頃からありますか。**

　　　　　年　　　　　月ごろ(　　　　　)歳ごろから

その時の様子を簡単に記入して下さい。きっかけになるような出来事もあればそれもお書き下さい。

|  |
| --- |
|  |

**3)今までに心療内科・精神科におかかりになったことはありますか？**

　かかった順にご記入下さい(だいたいで結構です)。

* 年　 月( 　　)歳～　　　年　 月( 　　)歳　　　　　　　　病院(通院・入院)・クリニック
* 年　 月( 　　)歳～　　　年　 月( 　　)歳　　　　　　　　病院(通院・入院)・クリニック
* 年　 月( 　　)歳～　　　年　 月( 　　)歳　　　　　　　　病院(通院・入院)・クリニック
* 今も受診中：　　 年　　月(　　　)歳から　　　　　　　　　　　病院・クリニック

診断名は聞いていますか？ いない・いる(診断名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

**4)今までに大きな病気、怪我、入院の経験はありますか？**

　かかった順にご記入下さい(だいたいで結構です)。

* 歳～　　　　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 歳～　　　　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 歳～　　　　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 現在服薬中のお薬がありましたら、お書きください。

**3.これまでの生活について教えて下さい。**

**1)どちらの地域でお生まれになりましたか？**

　　　　　国　　　　　都・道・府・県　　　　　市・区・町・村

**2) ご家族についてお伺いします。**

両親・兄弟

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 年齢 | 健康状態 | 同居の有無 | 職業 | 居住地 |
| *例：父* | *例：70歳* | *例：うつ* | *例：別居(単身赴任を含む)* | *例：元製造業会社員* | *例：福岡県* |
|  | 　　　 歳 |  | 同居・別居・離婚・音信不通・死去 |  |  |
|  | 　　　 歳 |  | 同居・別居・離婚・音信不通・死去 |  |  |
|  | 　　　 歳 |  | 同居・別居・離婚・音信不通・死去 |  |  |
|  | 　　　 歳 |  | 同居・別居・離婚・音信不通・死去 |  |  |
|  | 　　　歳 |  | 同居・別居・離婚・音信不通・死去 |  |  |

配偶者・子ども

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 年齢 | 健康状態 | 同居の有無 | 職業 | 居住地 |
| *例：長男* | *例：16歳* | *例：不登校* | *例：同居* | *例：●●高校2年生* | *例：渋谷区* |
|  | 　　　 歳 |  | 同居・別居・離婚・音信不通・死去 |  |  |
|  | 　　　 歳 |  | 同居・別居・離婚・音信不通・死去 |  |  |
|  | 　　　 歳 |  | 同居・別居・離婚・音信不通・死去 |  |  |
|  | 　　　 歳 |  | 同居・別居・離婚・音信不通・死去 |  |  |
|  | 　　　 歳 |  | 同居・別居・離婚・音信不通・死去 |  |  |

**3)学歴についてお書き下さい**。

【学校名】

* 中学校( 公立 / 私立 )卒業　　　転校( あり / なし )

　(特別支援学級(旧特殊学級)＝心障・情緒　　/特別支援学校(旧養護学校))

* 高校( 公立 / 私立 )卒業　　在学中(　　　年生)/ 卒業 /中退(　　　年時)　　　　科

　( 全日制 / 定時制 / 通信制 )　　　転校( あり / なし )

* 大学 / 短大 /専門学校　　在学中(　　　年生)/ 卒業 / 中退(　　　年時)　　　　科
* 大学院( 修士 / 博士 )　　在学中(　　　年生)/ 卒業 / 中退(　　　年時)　　　　科
* その他

**4)職歴についてお書き下さい。**

①　　　年　　　月(　　　)歳～　　　年　　　月(　　　)歳　　職業：　　　　　　業種：

②　　　年　　　月(　　　)歳～　　　年　　　月(　　　)歳　　職業：　　　　　　業種：

③　　　年　　　月(　　　)歳～　　　年　　　月(　　　)歳　　職業：　　　　　　業種：

④　　　年　　　月(　　　)歳～　　　年　　　月(　　　)歳　　職業：　　　　　　業種：

➄　　　年　　　月(　　　)歳～　　　年　　　月(　　　)歳　　職業：　　　　　　業種：

※現職中 / 休職中(　　　年　　　月～)

**5)ご結婚についてお伺いします。**

結婚歴　なし・あり（　　　　　回）　結婚時年齢（　　　　　　）歳

　　　　　【現在】　　婚姻中・離婚・死別・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

**4.現在の生活について**

1)夜は眠れますか？　　眠れる ・　眠れない　 平均　　　時間位

2)食欲はありますか？　ありすぎる ・ ある ・　ない

3)体調に異常はありますか？

4)今までに内服したことのある精神科薬剤(抗うつ薬・抗不安薬など)を教えて下さい。

①薬剤名　　　　　　　　　　mg/日

②薬剤名　　　　　　　　　　mg/日

③薬剤名　　　　　　　　　　mg/日

**5.女性の方にお伺いします。**

1)現在妊娠されていますか？　　はい・いいえ・分からない

2)最終月経はいつですか？　　　　　　　年　　　月　　　日頃

**6.嗜好品についてお答え下さい。**

・たばこ　　吸う・吸わない(　　　　本/日)

・アルコール　　飲む・飲まない(　　　　/日)

**7.今までアレルギー(特に薬物アレルギーを指摘されたことはありますか？**

いいえ　　はい→下の表に書いて下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| アレルギーの原因 | 症状 | 時期 |
| *例：ペニシリン系抗生剤* | *例：薬疹* | *例：平成2年頃ないし〇〇歳* |
|  |  |  |
|  |  |  |

**8.当院で治療するにあたり希望することなどあれば、下記にお書き下さい。**

|  |
| --- |
|  |

**ご記入ありがとうございました。**