鵠沼メンタルクリニック　　問診票　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日　記入

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| お名前 | 性別（ 男 ・ 女 ） |
| 生年月日 | 大正／昭和／平成　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日　年齢（　　　　）歳 |
| 住所 | 〒 |
| 電話 | ご自宅：  　　携帯電話： |

　　　　　　　　　　　記入者が本人以外の場合　記入者名　　　　　　（ご本人との関係：　　　）

**現在、どのような症状でお困りですか？**

|  |
| --- |
| いつ頃から？どのような症状があるか？考えられる原因やきっかけは？など |

**現在のお体の状態、生活習慣に関してお聞きします**

* 身長：　　　　　　　㎝　　　　　　体重：　　　　　　　㎏
* 最近体重の増減は有りましたか？　無・有（期間：約　　ヶ月で　　　㎏増加・減少）
* 睡眠：不眠　あり・なし　　　通常は　就寝時刻（　　：　　）～起床時刻（　　：　　）
* 便通 ：　問題ない・下痢・便秘・便秘や下痢を繰り返す
* 飲酒 ：　飲まない ・機会があれば飲む ・ほぼ毎日飲む（１日あたり　　 を　 　本くらい）
* 喫煙：　 吸わない ・吸う（１日あたり＿＿本くらい）
* 女性の方は：月経 （規則的・不規則・閉経）／妊娠の可能（有・無）／　授乳（有・無）

**家族構成**　  
両親はご健在ですか？ ：はい ・いいえ　　　　兄弟姉妹 ：なし ・あり（　　 人中 　　番目）

結婚歴：未婚・既婚・離婚

子供：なし・あり（＿＿＿人　　お子様の年齢　　　　　　　　　）

現在の同居中の方（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　　　　計　　　人）

※血縁のご家族で心療内科・精神科・神経科などを受診されたことがある方はおられますか？

　　なし・ あり（ご関係：　　　　　　 病名：　　　　　　　　　　　 ）

**生育歴**

主な生育地：（　　　　　　　　、　　　　　　　　　）

最終学歴：中学・高校・大学・大学院・専門学校・その他（卒業・中退・通学中・その他）

　　　　　学校名：　　　　　　　　　：学科

**職歴**

現在の職業（　　　　 　　　　　　　　　）　転職経験：無・有（　　回）

### 

**今まで精神科・心療内科での治療を受けたことがありますか？　　　　　ある・ない**

　あるとお答えになった方

時期：　　年　　月〜　　年　　月頃　医療機関名：（　　　　　　　　　　　）　（外来・入院）

時期：　　年　　月〜　　年　　月頃　医療機関名：（　　　　　　　　　　　）　（外来・入院）

**現在治療中のご病気について**

高血圧　・　心臓病　・　腎臓病　・　糖尿病　・　緑内障　・　肝障害　・　バセドウ病

**食物、薬などのアレルギーはありますか？　有・無**

（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**診療に関してご希望、ご質問等ございましたらお書きください。**

|  |
| --- |
|  |

**当クリニックを何でお知りになりましたか？**よろしければご協力ください。

・ホームページ（検索ワード：　　　　　　　　　　）

・看板　・知人の紹介　　・病院の紹介　　・その他（　　　　　　　　）

　〜ご協力ありがとうございました。　〜