

こころクリニック 問診票

記入日 2021年 月 日

ふりがな ()

- ① お名前 () 年齢 (才)
- ② 電話番号 () 郵便番号 (〒)
- ③ 住所 ()
- ④ 今日はどうなことで受診されましたか (要点だけ簡単にお願いします)

⑤ いつごろからそうになりましたか (分かる範囲でかまいません)

⑥ その症状で病院などを受診されましたか

1. これが初めて

2. 受診中 (病院 科 年から 外来・入院)

3. 以前受診していた (病院 科 年から 外来・入院)

⑦ 現在お薬をのんでいますか

いいえ・はい (お薬の名前)

(お薬の名前)

(お薬の名前)

⑧ 今までにかかった主な病気 (精神科・心療内科の病気も含めてお書き下さい)

病名 (: 才ごろ) 病名 (: 才ごろ)

病名 (: 才ごろ) 病名 (: 才ごろ)

⑨ 同居している家族に○をしてください

1人暮らし・祖父・祖母・父・母・夫・妻・子・兄弟・その他 (ご本人含めて) 合計 人

⑩ 現在のお仕事は

無職・学生・主婦・あり (パート・正社員 仕事内容)

⑪ 現在の健康状態

睡眠: よい・悪い 食欲: 普通・不振 便通: ふつう・便秘・下痢

疲れやすい: ある・ない 不安感: ある・ない 落ち込み: ある・ない

⑫ アレルギーの有無

ない・ある ()

⑬ あなたの普段の性格。あてはまるものにすべて○をしてください

内気、ほがらか、心配性、世話好き、きちょうめん、こだわる、気をまわす、おおらか、
負けず嫌い、熱中しやすい、友達が (多い・ふつう・少ない)、口数が (多い・ふつう・少ない)
その他 ()

⑭ アルコールは飲みますか

飲まない・つきあい程度・ほぼ毎日飲む

⑮ たばこは吸いますか

吸わない・たまに・ほぼ毎日吸う

以上です、有り難うございました。