



心療内科 初診問診表

年 月 日 記入

当クリニックでの医療サービスの提供にあたり参考と致しますので、下記問診の記入をお願い致します。

氏名： <small>ふりがな</small>	生年月日：T・S・H・R 年 月 日生（ 歳）
住所：（〒 - ）	
TEL（自宅）：	TEL（携帯）：

★いつから・どんなときに・どのような症状がありますか？具体的にご記入下さい。

[]

★今まで下記疾患にかかったことはありますか？（ はい ・ いいえ ）
高血圧 ・ 糖尿病 ・ アレルギー ・ 甲状腺疾患 ・ 心疾患 ・ 脾疾患 ・ 肝疾患
腎疾患 ・ ぜんそく ・ その他（ _____ ）

★これまでに手術をしたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）
※「はい」とお答えの方 → 何の手術ですか？（ _____ ）

★現在、他の病院にかかっていますか？
（ いいえ ・ はい ）：病院名/科 _____ ※紹介状： 有・無 （ ）

★お薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか？（ はい ・ いいえ ）
※「はい」とお答えの方 → 何のお薬ですか？（ _____ ）

★現在、服用しているお薬はありますか？
（ いいえ ・ はい ）：市販薬名 _____ 処方箋名 _____ （ ）

★最近の睡眠状況についてお聞きします。（1日の平均睡眠時間 ： _____ 時間 ）
（ 快眠 ・ 寝つきが悪い ・ 途中で目が覚める ・ 朝早く目覚める ・ 朝起きられない ）

★※女性の方のみ回答 現在、妊娠中ですか？
（ いいえ ・ はい ）：妊娠 _____ 週目 （ ）

★※女性の方のみ回答 月経の状況について教えてください。
①月経周期（ ___ 日）：順調 ・ 不順 ・ 閉経
②月経前にひどくイライラする、落ち込むなどの精神症状はありますか？（ はい ・ いいえ ）

★家族構成

《 受診される方の両親、兄弟について 》

続柄	氏名	年齢	同居・別居・死亡	精神科・心療内科の受診歴（病名）
			同・別・亡	有・無 病名：（ ）
			同・別・亡	有・無 病名：（ ）
			同・別・亡	有・無 病名：（ ）
			同・別・亡	有・無 病名：（ ）
			同・別・亡	有・無 病名：（ ）

《 ご結婚されている方は、配偶者、子供について 》

続柄	氏名	年齢	同居・別居・死亡	精神科・心療内科の受診歴（病名）
			同・別・亡	有・無 病名：（ ）
			同・別・亡	有・無 病名：（ ）
			同・別・亡	有・無 病名：（ ）
			同・別・亡	有・無 病名：（ ）
			同・別・亡	有・無 病名：（ ）

★生育歴について

《 出身地 》 …… （ _____ 都・道・府・県 _____ 区・市・町・村 ）

《 出生時 》 …… （ 自然分娩 ・ 帝王切開 ・ 仮死分娩 ・ その他 ）

《 発達の遅れ 》 …… （ なし ・ あり : _____ 歳の時 _____ で指摘 ）

★学歴・職歴について

《 最終学歴 》 …… （ _____ 高校・大学・専門 ）※卒業・中退・就学中：____年

《 これまでの職歴 》 ※なるべく詳しくお書きください。

[]

★ご自身の性格について、より近いものに○をつけて下さい。

明るい ・ 暗い ・ 社交的 ・ 内気 ・ 活動的 ・ 無口 ・ 温和 ・ 短気
 のんき ・ 負けず嫌い ・ わがまま ・ 素直 ・ 気難しい ・ 心配性 ・ 潔癖
 神経質 ・ 不満多い ・ その他（ _____ ）

★※20歳以上の方のみ回答 嗜好品について

《 タバコ 》 …… （ 吸わない ・ 吸う : _____ 本/1日 ）

《 お酒 》 …… （ 飲まない ・ 時々飲む : 週 _____ 日/月 _____ 日 ・ 毎日飲酒する : 酒量 _____ /1日 ）
 例) 1合、コップ2杯ぐらい など

ご回答有難うございました。

3枚目より当院で通院するにあたり注意事項と同意になりますので、口にチェックの記入とご署名まで記入をお願いします。

- 当院は完全予約制になります。
混雑を解消するため予約制を設けておりますが、診察の状況によっては予約時間通り診察できない場合もございます。予めご了承下さい。予約のキャンセルや変更につきましては、必ず事前にご連絡をお願い致します。
- 暴言、暴力、威圧的行為などから、他患者及び当院診療業務に影響を与えていると判断した場合、当院での診療を拒否させていただく場合がございます。
- 月初めで保険証をお忘れの場合は一旦自費となります。後日、保険証確認後に差額を返金致します。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報の取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

マイナ保険証による情報取得に同意 する しない

ご署名： _____

記入が終わりましたら、お近くの受付スタッフにお渡しください。

診察室より順番にお呼び致します。

なお、ご記入頂きました個人情報は、個人情報保護法を遵守し、診療目的以外に使用することも第三者に提供することも致しません。



医療法人社団 六医会
品川シーサイドセントラルクリニック