私のクリニック目白

問　　診　　表

※ 下記事項は全て、診察上たいへん重要な内容です。カルテと同様、病院の外部には一切出ることはありません。ご面倒でも、以下ご記入・該当項目を〇で囲んで下さい。

〔代書の場合〕記入者続柄＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　年齢＿＿＿＿＿＿歳

身長＿＿＿＿＿＿cm　体重＿＿＿＿＿＿kg

１．いま一番お困りのことは何ですか（具体的にお願い致します）

.....

.....

.....

・ 頭痛　・耳鳴り　・吐き気　・動悸　・ふるえ　・しびれ　・のぼせ　・下痢　・便秘　・腹痛
・ ひきつけ　・気を失った　・発熱　・言葉がもつれる　・眠れない
・ 食欲がない　・性欲がない　・いらいらする　・気が重い　・物忘れ
・ しゃべりすぎる　・不安　・興奮　・乱暴
・ 職場（学校）に行きたくない　・何もする気がしない　・集中力が落ちた
・ いっそ死んでしまいたい　・同じ事を何回も繰り返す
・ 訳もなく涙が出る　・元気が良すぎる　・人が自分を変な目で見る
・ みんなが自分の事を噂している　・人柄が変わった
・ 自分のしている事に現実感がない　・実際に無いものが見えたり聞こえたりする
・ 自分のまわりが変わってしまったような気がする

２．いつ頃から症状が始まりましたか

.....年.....月.....日　（または　　歳）　頃から

３．何かきっかけと思われる事（原因）はありますか

あ る ・ な い ・ わからない

（内　容）.....

.....

４．こちらにおいでになったいきさつは

・自分からすすんで　・（　　）にすすめられて　・その他（　　）

※ 誰かと一緒に来ましたか？

・１人で来た　・（名前：　　本人との関係　　）と一緒に来た

うらへ

５．いままで心療内科・精神科の治療を受けたことがありますか

＿＿＿＿＿＿＿＿病院　＿＿＿＿＿科　＿＿＿年＿＿＿月～　＿＿＿年＿＿＿月　通院・入院

＿＿＿＿＿＿＿＿病院　＿＿＿＿＿科　＿＿＿年＿＿＿月～　＿＿＿年＿＿＿月　通院・入院

＿＿＿＿＿＿＿＿病院　＿＿＿＿＿科　＿＿＿年＿＿＿月～　＿＿＿年＿＿＿月　通院・入院

６．いままでに大きな病気をしたことがありますか

ある　・　ない　・　現在治療中

病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿歳　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院

病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿歳　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院

※現在治療中、通院中の病気・症状のある方

（病名・症状：　　）

（病院名：　　）

※現在内服中、使用中の薬はありますか　　なし・あり

内容をわかる範囲でお書き下さい

（マイナ保険証で情報取得に同意された方は直近１か月以内の処方薬以外は省略可能）

（　　）

７．以前に次の件を指摘されたことがありますか

アレルギー体質　食べ物：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お　薬　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

８．アルコールは

・飲む（　　歳から）（時々・１日平均（　　）くらい）

・飲んでいたが＿＿＿＿＿歳でやめた

・飲まない

９．タバコは

・吸う（１日平均＿＿＿＿本くらい）

・吸っていたが＿＿＿＿＿歳でやめた

・吸わない

10．最終学歴

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿卒業　・　在学中（　　年）　・　中退

11．職業歴（仕事の内容）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

12. 現在の健康状態

※ 体　重　変わらない・やせた・太った　※食　欲　良い・悪い　※めまい　ない・ある
※ 立ちくらみ　ない・ある　　※耳鳴り　ない・ある（右・左・両方）
※ 胸がどきどき　しない・する　※便通　良い・下痢・便秘　※睡眠　良い・悪い
（寝付けない・途中で覚める・早く覚めすぎる・ぐっすり寝た気がしない・夢が多い・寝ようとしない）
※不快なところ　ない・ある（頭痛・頭が重い・首筋・肩・腰・鼻・のど・その他＿＿＿＿＿＿＿＿）

※ 月　経　初経（　　歳で）
順　調（何日で来ますか　＿＿＿＿日くらい）
不　順（早く来るとき　＿＿＿＿日くらい）（遅く来るとき　＿＿＿＿日くらい）手
停止中（　　年　　月～）
閉経（　　歳で）
妊娠　なし・あり　　出産　なし・あり（　　回）　　流産　なし・人工・自然

13. 以前の健康状態

※ 生まれた時　安産・難産・早産・しばらく泣かなかった・わからない
※ けいれん、ひきつけ　なし・あり　　※頭を強く打ったこと　なし・あり
※ 意識を失ったこと　なし・あり　　※性病にかかったこと　なし・あり
※ 輸血を受けたこと　なし・あり
※ アレルギー　なし・あり（ぜん息・アトピー性皮膚炎・鼻炎・じんましん・薬のアレルギー）

14. 性格は？

※ 明るい・楽天的・あっさり・交際が広い・礼儀正しい・頑固・短気・整頓好き・あきやすい
派手好き・わがまま・負けず嫌い・無口・気難しい・愛想がない・交際が狭い・几帳面
仕事好き・粘り強い・責任感が強い・遠慮深い・自信がない・おくびょう・人に溶け込めない
心配性・くよくよしやすい
※趣　味（　　）

15. 住居・家族について

※住居は　①自宅　②借家　③寮　④その他（　　）
一戸建て・集合住宅（マンション・アパート・団地）・その他（　　）
※同居人　なし・あり（本人を含め　　人）
・ 一緒に住んでいる家族は？
父方祖父　・父方祖母　・母方祖父　・母方祖母　・父　・母　・兄（　人）　・姉（　人）
弟（　人）　・妹（　人）　・配偶者　・子（　人）　・その他（　　）
※兄弟は本人を含め（　　人）　本人は（　　）番目
※結婚は　①未婚　②既婚（　歳から）　③パートナーがいる（　歳から）
④離婚（　回　歳から）　⑤死別（　　歳から）

※配偶者　年齢（　　歳）　仕事（　　）

うらへ

※子　供　（　　　　人）　　年齢（　　　　　　　　　　　　　　）
※家庭内に困ったことは　なし・少しある・大いにある（　　　　　　　　　　　　　　　　　）
※親の職業（　　　　　　　　　　　　　　）
※宗　教（　　　　　　　　　　　　　　　）

※　ご家族（親族）で神経科・精神科にかかったことのある方はいらっしゃいますか
病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿＿＿＿＿　通　院・入　院
病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿＿＿＿＿　通　院・入　院

16. その他

※本人の主に育った土地（　　　　　　　　　　　　　　）
※最後に通った学校（　　　　　　　　　　　　　　）その学校は　卒業・中退・休学中・在籍中
※成績は　小学校：上・中・下・劣　　中学校：上・中・下・劣　　高校：上・中・下・劣
※今の仕事は（　　　　　　　　　　地位　　　　　　）　　転職　なし　・　あり（　　　）回
※現在は仕事や学校を　休まずにやっている　・　時々休む　・　休んでいる
※職場、学校での悩み　なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

17. これまでに書けなかった悩みがあればお書き下さい。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

18. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？
はい　・　いいえ

当院はマイナ保険証の利用で正確な診療情報を取得・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。マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

19. 他の医療機関の紹介状はお持ちですか？　はい（受付にお出しください）　・　いいえ

ご住所　〒＿＿＿－＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご連絡先　＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿

Email　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿