

# 【目白MMクリニック 初診問診票（心療内科・精神科外来用）】

当クリニックの問診票は、受診される方の状況を把握させて頂くために記入をお願いしております。記入が難しいとお感じになられたり、よくわからない項目に関しては空欄で結構です。

|      |  |      |       |   |   |   |
|------|--|------|-------|---|---|---|
|      |  |      | 記入日   | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大・昭・平 |   |   |   |
| お名前  |  |      | 年     | 月 | 日 |   |
|      |  | 年齢   |       |   |   | 歳 |
| 住所   |  |      |       |   |   |   |
| 電話番号 |  | 記入者  | 続柄（ ） |   |   |   |

以下の質問にお答えください。□には当てはまる物に☑を入れてください。

1. 困っている症状、状況はどのようなものですか

2. その症状、状況はいつごろからですか

（ ）年（ ）月頃 もしくは （ ）年前

3. 現在ある状況について当てはまるものを教えてください。

- よく眠れない      眠りすぎる      疲れやすい      意欲が出ない
- おっくう      気分が落ち込む      不安が強い      動悸がする
- 息苦しくなる      考えがまとまらない      集中力がない      よく涙が出る
- TVの内容が頭に入らない      好きなことをしても楽しくない
- 世の中のことや家族の事に興味がなくなった      死にたい      自傷行為をする
- イライラする      怒りやすい      暴力を振るう      怒鳴る
- 月経前に体調、気分が悪化する

4. 症状が、状況が悪化したストレスやきっかけがございましたら記入してください

5. ご出身はどちらですか

6. 最終学歴を教えてください

- 中学 高校 短期大学 大学 大学院 その他（ ）⇒ 中退 在学中 卒業

7. 学校での成績はどのくらいでしたか？ 良い ふつう 悪い

8. 職業歴を教えてください

|               |                              |                              |                              |    |
|---------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----|
| ( ) 歳 ~ ( ) 歳 | <input type="checkbox"/> 正社員 | <input type="checkbox"/> パート | <input type="checkbox"/> その他 | 職業 |
| ( ) 歳 ~ ( ) 歳 | <input type="checkbox"/> 正社員 | <input type="checkbox"/> パート | <input type="checkbox"/> その他 | 職業 |
| ( ) 歳 ~ ( ) 歳 | <input type="checkbox"/> 正社員 | <input type="checkbox"/> パート | <input type="checkbox"/> その他 | 職業 |
| ( ) 歳 ~ ( ) 歳 | <input type="checkbox"/> 正社員 | <input type="checkbox"/> パート | <input type="checkbox"/> その他 | 職業 |
| ( ) 歳 ~ ( ) 歳 | <input type="checkbox"/> 正社員 | <input type="checkbox"/> パート | <input type="checkbox"/> その他 | 職業 |
| ( ) 歳 ~ ( ) 歳 | <input type="checkbox"/> 正社員 | <input type="checkbox"/> パート | <input type="checkbox"/> その他 | 職業 |

9. これまでにかかれた心療内科、精神科の医療機関がございましたらご記入ください。

|                           |           |                             |                             |
|---------------------------|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| ( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月 | 医療機関名 ( ) | <input type="checkbox"/> 外来 | <input type="checkbox"/> 入院 |
| ( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月 | 医療機関名 ( ) | <input type="checkbox"/> 外来 | <input type="checkbox"/> 入院 |
| ( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月 | 医療機関名 ( ) | <input type="checkbox"/> 外来 | <input type="checkbox"/> 入院 |

10. これまで心療内科・精神科のお薬を飲んだことがありますか？

はい いいえ

はい とお答えになった方は以下もご記入ください

効果のあった薬 ( )

効果のなかった薬 ( )

副作用で合わなかった薬 ( )

その他 ( )

11. 血縁のある方で診療内科・精神科の病気にかかれた方はいらっしゃいますか？

はい いいえ

はい とお答えになった方は以下もご記入ください

どなたがどのような病気にかかれたか？

12. 現在、同居されている方はいますか？

はい いいえ

はい とお答えになった方は以下もご記入ください

どなたと同居されていますか？

13. お酒は飲みますか？

はい ( 毎日 時々 たまに ) いいえ 昔は飲んでいて

はい とお答えになった方は以下もご記入ください

何を ( ) どれくらい ( ) 飲む

14. タバコは吸いますか？

はい いいえ 昔は吸っていた

はい または 昔は吸っていた とお答えになった方は以下もご記入ください

何時から ( ) 年間または ( ) 歳 から 1日 ( ) 本 吸う/吸っていた

15. アレルギーはありますか？

はい (具体的に ) いいえ

16. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

はい（具体的に

)

いいえ

17. 現在、治療中の病気はありますか

高血圧 糖尿病 高脂血症 甲状腺疾患 癌（悪性腫瘍） 脳血管障害

その他（具体的に

)

18. 現在、飲んでいるお薬を教えてください。

19. その他気になることがあればご記入ください

お疲れさまでした。ご協力ありがとうございました。

目白MMクリニック