

桂メンタルクリニック 初診問診票

※治療以外の目的で使用する事はありません。差し支えない範囲で記載をお願いします。

フリガナ		性別
お名前		(男 ・ 女)
生年月日	T / S / H 年 月 日	年齢 才
住所	(〒 -)	
電話番号	①	②
緊急時ご連絡先	お名前/関係 電話番号	
代筆の場合、代筆者のお名前		

★今回受診のいきさつ / 困りごとがあれば教えてください

・その困りごとはいつからですか？

・きっかけがあれば教えてください

・精神科・心療内科などで治療を受けたことはありますか？

今回が初めて

(いつ) 年の頃に (病名等) で治療していた

★身体のことについて教えてください。

・以下の病気で、当てはまるものはありますか？

糖尿病 高脂血症 高血圧症 緑内障 前立腺肥大症

脳梗塞 心臓病 がん 便秘症

・そのほか、現在治療を受けている病気はありますか？

ない ある 病名 ()

かかりつけ医療機関 ()

※書ききれない場合は下の備考欄をお願いします。

・食べ物や薬などで具合が悪くなったことはありますか？

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	→ 物 ()	症状 ()
-----------------------------	-----------------------------	---------	--------

・お酒は飲みますか？

<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に () 日程度	<input type="checkbox"/> 機会があれば	<input type="checkbox"/> 殆ど飲まない
一回の飲酒量は (お酒の種類:) を (量:) くらい			

・煙草は吸いますか？

<input type="checkbox"/> 全く吸わない	<input type="checkbox"/> 吸っている	1日 () 本程度	<input type="checkbox"/> 禁煙した () 才
---------------------------------	--------------------------------	------------	-------------------------------------

★生活等について教えてください。

・学歴を簡単に教えてください。中退の方はそのことについても教えてください。

--

・お仕事の経歴を簡単に教えてください (○歳～○歳 △△の会社 など)

--

・元々の性格について当てはまるものを選んでください (複数可)

<input type="checkbox"/>	明るい	<input type="checkbox"/>	暗い	<input type="checkbox"/>	社交的	<input type="checkbox"/>	内向的
<input type="checkbox"/>	気長	<input type="checkbox"/>	短気	<input type="checkbox"/>	頑固	<input type="checkbox"/>	おおらか
<input type="checkbox"/>	神経質	<input type="checkbox"/>	几帳面	<input type="checkbox"/>	我慢強い	<input type="checkbox"/>	すぐ投げ出す
<input type="checkbox"/>	前向き	<input type="checkbox"/>	悲観的	<input type="checkbox"/>	おしゃべり	<input type="checkbox"/>	無口
<input type="checkbox"/>	負けず嫌い	<input type="checkbox"/>	わがまま	<input type="checkbox"/>	人に気を遣う	<input type="checkbox"/>	こだわりが強い
<input type="checkbox"/>	飽きっぽい	<input type="checkbox"/>	注意散漫	<input type="checkbox"/>	片付け苦手	<input type="checkbox"/>	人付き合い苦手
<input type="checkbox"/>	相手の本音が分からない			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

★ご家族について教えてください

現在一緒に暮らしている方がいましたら教えてください	
<input type="checkbox"/> 一人暮らし	<input type="checkbox"/> () 人暮らし
(誰と:)	
血縁者で精神科、心療内科での治療を受けている人は	
<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (誰が: 病名:)

★その他

・その他、医師やスタッフに伝えたいことがあればお書きください。

--

・当院を何でお知りになりましたか？ (複数回答可)

<input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> チラシ	<input type="checkbox"/> 他院からの紹介
<input type="checkbox"/> 職場、学校、支援者等の勧め	<input type="checkbox"/> 家族や知り合いの勧め	<input type="checkbox"/> その他