【こころとくらしの言の葉クリニック　初診問診票】　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 |  | 生年  月日 | 大・昭・平  　　　年　　月　　日 | 記入者 | 本人  本人以外（　　　 ） |
| 住所 | 〒　　　－ | | | 職業 |  |
| 連絡先  自宅 |  | 連絡先  携帯 |  | 来院  経緯 | インターネット・  紹介・その他( ) |

以下の質問にご記入をおねがいいたします。書きにくい項目は、空欄でもかまいません。

1. 今、お困りの症状、状況はどのようなことですか？

（　　　　）年頃から

1. きっかけや原因などで思い当たるものはありますか？
2. あてはまるものに、チェックをしてください

□眠れない　　　　　　□気分が落ち込む　　　□不安になる　　　　　□動悸がする

□息が苦しくなる　　　□疲れやすい　　　　　□食欲がない　　　　　□よく涙が出る

□死にたい気持ち　　　□怒りっぽい　　　　　□暴力・暴言　　　　　□イライラする

□見張られている　　　□悪口を言われる　　　□いない人の声がする　□音に敏感

□ミスが多い　　　　　□衝動買いをする　　　□片づけができない　　□忘れ物が多い

□人とうまくいかない　□確認してしまう　　　□同じ考えが浮かぶ　　□昼夜逆転

□物忘れ　　　　　　　□ひきこもり　　　　　□体の痛み　　　　　　□肩こり

□下痢　　　　　　　　□めまい　　　　　　　□月経の不調　　　　　□頭痛

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．これまでにかかられた心療内科・精神科があれば、教えてください

（　　）年（　　）月～（　　）年（　　）月　　　　　　　　　　　　　　□外来□入院

（　　）年（　　）月～（　　）年（　　）月　　　　　　　　　　　　　　□外来□入院

（　　）年（　　）月～（　　）年（　　）月　　　　　　　　　　　　　　□外来□入院

*＊裏面へ*

1. 心療内科、精神科で合わなかった薬がありますか？
2. 健康状態について教えてください

・治療中の身体の病気　　　　　□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・現在、内服中の薬　　　　　 　□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・過去にかかった病気　　　　　□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・薬や食べ物のアレルギー　　　□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・飲酒　　　　　　　　　　　　□なし　　□時々　□ほぼ毎日

・タバコ　　　　　　　　　　　□なし　　□やめた　□あり

・大麻、覚せい剤などの使用歴　 □なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・妊娠中、授乳中　　　　　　　□なし　　□あり

1. これまでの生活を教えてください

・生まれ育ったところ

・学生時代のいじめ　□なし　□あり　学生時代の不登校　□なし　□あり

・最後に通った学校の名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　□卒業□中退□在学中

・今までにした仕事　　　　 （　）歳～（　）歳　内容（　　　　　　　　　　　　　　　）

（　）歳～（　）歳　内容（　　　　　　　　　　　　　　　）

（　）歳～（　）歳　内容（　　　　　　　　　　　　　　　）

（　）歳～（　）歳　内容（　　　　　　　　　　　　　　　）

1. ご家族のことを教えてください

父　（　）歳　病気（　　　　　　　）　母　（　）歳　病気（　　　　　　　　）

兄弟姉妹　（　）人　（　　　　歳、　　　歳、　　　歳、　　　歳　　　　　　）

結婚　　□未婚　　□既婚　　□離婚

子ども　□なし　　□あり（　　　歳、　　　歳、　　　歳　　　　　　　　　　）

同居者　□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

ご家族について、何か伝えておきたいことがありますか？

１０．「こうなるといいな」「これがやりたい」と考えていることがあれば教えてください

１１．お聞きになられたいことや、クリニックへのご希望がありましたら、お書きください