【高田馬場こころのクリニック初診問診票】

当院の問診票は、患者様の状況をしっかり把握し、診療に役立てるため質問事項が多くなっています。
記入が難しいとお感じになられた場合や、よくわからない項目は空欄のままで問題ございません。
また、診察当日にお聞きになりたいことや、ご希望などございましたら遠慮なくご記入ください。

記入日　　年　　月　　日

フリガナ 氏　名		生年月日：	TEL	
住所　〒				
記載者氏名	代理記載の場合ご記入ください	同伴者氏名：	続柄	

1.当院をどのようにしてお知りになりましたか？

① クリニック・病院の紹介　名称（　　）紹介状持参の有無□なし　□あり
② 公共機関の紹介　名称（　　）
③ インターネット　（ＨＰ　・　カルー　・　ＥＰＡＲＫ　・　病院ナビ　・　Google 広告　）
④ 知人の紹介（当院の患者様　・　ご家族　・　勤務先　・　その他　）
⑤ その他　具体的に

2. 嗜好品についてお伺いします。

① たばこ：　吸わない　・　吸う　　本/日　　歳から
② アルコール：　飲まない　・　飲む　　本/日　　歳から
③ シンナー：　吸ったことはない　・　吸ったことがある　　歳頃
④ 覚醒剤・違法薬物：　使ったことはない　・　使ったことがある　　歳頃

3. 薬や食べ物でアレルギー反応や副作用が出たことはありますか？

□　なし
□　あり　具体的に
薬、食べ物　（　　）　症状　（　　）
薬、食べ物　（　　）　症状　（　　）
薬、食べ物　（　　）　症状　（　　）

4.血縁のご家族、ご親族に精神科、心療内科に通院歴のある方はいますか？

ご関係（　　）　病名・症状など（　　）
ご関係（　　）　病名・症状など（　　）

5.これまでにかかられた病気について教えて下さい。

□　糖尿病　□　高血圧　□　心臓疾患　（　　）　□　肝臓疾患　□　緑内障
□　脳に関する病気（　　）
□　大きなケガ・事故（　　）
□　現在治療中の病気（　　）

↓裏面あります

6.これまでの生活やご家族についてお伺いします。

1）出生地はどこですか？（記入例：東京都）

2）ご両親の離婚歴　□なし　□あり

①兄弟姉妹　□なし　□あり　（　　人中　　番目）

②ご自身の結婚　□未婚　□既婚　（　　）歳　□離婚　（　　）歳　□再婚　（　　）歳

③子供　□なし　□あり　（例：男１３歳　女５歳：　　）

④現在同居している方　□なし　□あり（例　父・母・兄：　　）

3）最終学歴についてお伺いします。該当する項目に〇をつけて下さい。

中卒　・　高校（在学中（　　）年生　・　卒業　・　中退　）　・

専門学校（在学中（　　）年生　・　卒業　・　中退　）

大学　（在学中（　　）年生　・　卒業　・　中退　）

大学院・修士　（在学中（　　）年生　・　卒業　・　中退　）

博士　（在学中（　　）年生　・　卒業　・　中退　）

7.職歴についてお伺いします。

～現在休職中の方～

（　　）年　（　　）月より休職中

病名（　　）期限（　　）年（　　）月まで

健康保険組合からの傷病手当金の受け取り　□なし　□あり

会社の休職最終期限はいつまでですか？　（　　）年　（　　）月まで

現在の職業から遡って記入して下さい。思い出せる範囲で結構です。

職種：　（　　）歳～（　　）歳

職種：　（　　）歳～（　　）歳

職種：　（　　）歳～（　　）歳

8.お困りの症状や問題について本日相談したいことは何ですか？

具体的に

9.症状はいつ頃からありますか？（　　）年（　　）月頃（　　）歳頃から

10.病状、症状はどのように変化しましたか？

例：徐々に悪化した。～年ごろクリニックに通い、一旦改善したが～年頃にまた悪化した。

11.症状が出現したり悪化したりしたきっかけとなるストレス、出来事があれば記入して下さい。

12.今までに心療内科・精神科を受診したことがありますか？　□なし　□あり

（　　）年（　　）月～（　　）年　（　　）月　医療機関（　　）　□入院　□外来

（　　）年（　　）月～（　　）年　（　　）月　医療機関（　　）　□入院　□外来

（　　）年（　　）月～（　　）年　（　　）月　医療機関（　　）　□入院　□外来

現在通院中→（　　）年（　　）月～病院名：

病状の診断名を聞いていますか？□いない　□いる：診断名（　　）

13.現在飲んでいる薬があれば、記入して下さい。

①　□薬を服用していない　□薬を服用している

医療機関（　　）薬の名前（　　）

医療機関（　　）薬の名前（　　）

医療機関（　　）薬の名前（　　）

②お薬手帳はお持ちですか？　□　持ってない　□　持っている＊コピーを取らせていただきます。

14.これまでに心療内科・精神科の薬を服用したことがありますか？

□なし　□あり（ある）場合わかる範囲でお答えください。

効果があった薬（　　）

効果がなかった薬（　　）

副作用がでてあわなかた薬（　　）

15.出生時についてお伺いします。

妊娠・出産のトラブルはありましたか？

□なし　□あり　（　妊娠中毒症　・　薬物　・　アルコール　・　たばこ　・　その他　）

出生体重　　kg　在胎週齢　（　　）週　仮死の有無　□なし　□あり

16.女性の方にお伺いします。

①　現在、妊娠されていますか？　□いいえ　□不明　　□はい　（　　）週

②　初潮及び最終月経はいつですか？　初潮（　　）歳　・最終月経（　　）歳（　　）年（　　）月

17.診療内でお聞きになりたいことや、診療に関するご希望があれば何でもご記入下さい。

【診療とカウンセリングについて】

医師による診療も心理士によるカウンセリングも患者様の話を詳しく伺うという点では同じですが、治療の方法が異なります。当院では医師が薬物療法や精神療法を行いますが、初診以外は再診察（５分～１０分）で薬物の調整と療養上のアドバイスを行います。カウンセリングは患者様とカウンセラー（臨床心理士、公認心理師）が（通常 25 分または 50 分の診察時間で）言語的あるいは非言語的なやり取りを通して症状の改善を図ります。薬物療法については、別途医師の診察を受けていただく必要がございます。

また、カウンセリングについては健康保険が適用されず、自費となります。

今後、医師と相談の上、カウンセリング単独、もしくは診療と並行してカウンセリングをご希望の方は

チェック☑をご記入下さい。□