1枚目

ちひろ心クリニック　　問診票

初診の方は、以下の内容を記載し、当院受付まで必ずお持ちください。

＊記入していただいた情報は治療以外の目的には使用いたしません。また、本人の了解なしに本人以外の方にお伝えすることは一切ありません。

＊この問診票は当院専用の用紙となります。他の病院では使用できません。

記入日　　年　　月　　日

フリガナ		電話	□男性　□女性
氏名		□昭和 □平成　　年　　月　　日（満　　歳）	□既婚　□未婚 □離婚　□死別
住所　〒　　ー 都・県　　市・郡			

1. あなたの学歴・キャリアを教えてください（診察・治療の参考にしますので具体的にご記入ください。）

現在の仕事：会社名（　　）職種（　　）役職（　　）

□就業中

□今回の休職（　　回目　　年　　月から）

□失職中　（　　年　　月から）

職歴			学歴	
期間	会社名	部署・業務内容	期間	学校名
年　月～　年　月			年　月～　年　月	
年　月～　年　月			年　月～　年　月	
年　月～　年　月			年　月～　年　月	
年　月～　年　月			年　月～　年　月	

2. 本日当クリニックを受診されたきっかけを当てはまるものに全てチェックを入れてください。

□　ご家族やご友人にすすめられて

□　会社や産業医または周囲からの紹介（紹介者：　　）

□　ホームページを見て（検索キーワード：　　）

□　その他（　　）

3. （他の医療機関から当院へ転医される方へ）診療情報提供書はお持ちですか　□はい　□いいえ

4. 当院受診の自覚症状や周囲から指摘された内容を教えてください

5. ご来院の主な目的や、診察におけるご要望を教えてください。

□　必要最低限の薬を処方　　□　臨床心理士によるカウンセリング希望

□　薬の処方と臨床心理士によるカウンセリング希望

□　その他（　　）

※臨床心理士によるカウンセリングは、予約料として毎回 4400 円いただいております。

6. その症状、あるいは病気はいつ頃から始まりましたか。

7. その症状は、どういうときに起こりますか。
また、人間関係や環境の変化など、気持ちの上で何か関係のありそうなことはありませんか。

8. この症状あるいは病気で現在もしくは今までにどちらかの医療機関（診療内科・精神科・他科含む）を受診されましたか　　□　はい　　□　いいえ

通院・入院期間	医療機関名	病状・病名	治療内容や薬剤名	治療後の状況
年　月～　年　月				□治療中□改善□変化なし□悪化
年　月～　年　月				□治療中□改善□変化なし□悪化
年　月～　年　月				□治療中□改善□変化なし□悪化
年　月～　年　月				□治療中□改善□変化なし□悪化

9. 薬の副作用を経験したことがありますか。　　□　はい　　□　いいえ
ある方は、薬剤名とその症状を記入してください。

薬剤	症状

10. あなたはご自身の状態を自立神経失調症・うつ状態・精神病などとお思いですか。

□　はい

□　いいえ

11.　今までどのような病気をされましたか。けがや手術も含めて、年月を教えてください。

病気	通院・入院期間	医療機関名	現在の状況
	年　　月～　　年　　月		□治療中□改善□変化なし□悪化
	年　　月～　　年　　月		□治療中□改善□変化なし□悪化
	年　　月～　　年　　月		□治療中□改善□変化なし□悪化
	年　　月～　　年　　月		□治療中□改善□変化なし□悪化

12. ご家族の状況を教えてください。

間柄	年齢	職業	健康状態
父　　□同居			
母　　□同居			
□同居			
□同居			
□同居			

13. 家族、親戚の中であなたと同様な症状や不眠、心療内科・精神科を受診された方はいますか。
□　いる　　□　いない

14. 病状を家族に話していますか　　□　はい　　□　いいえ

15. 家族はあなたの病状に理解を示されていますか　□　はい　□　いいえ　□　どちらともいえない

16. その他お聞きになりたいことがございましたらご記入ください

ご記入ありがとうございました