

ハーモニー心のクリニック問診票

記入日： 年 月 日

記入者：本人・その他（ ）		
受診者	ふりがな 氏名： _____ 男・女	生年月日： 和暦 T・S・H・R 年 西暦 年 月 日(歳)
	住所：〒 _____	
	TEL ()	携帯電話 ()
緊急連絡先名： _____ 続柄： _____ TEL () 携帯電話 ()		

以下の項目にご回答をお願い致します。

記入したくない項目や分からない項目はそのままで結構です。

※当院は個人情報保護法を遵守しております。

1. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 他の病院 相談機関（名称 _____） 友人や知人
インターネット 看板 その他（ _____ ）

2. お困りの症状・問題についてお伺いします

○相談の内容をご記入ください

--

○上記で記入された症状はいつ頃からありますか。その時の様子やきっかけもご記入ください。

--

○今までに心療内科・精神科を受診されたことはありますか？ いいえ はい

「はい」の方は、いつ頃からどの病院を受診したかご記載ください

()

*診断名は聞いていますか？ 聞いていない・聞いている (診断名:)

○今までに大きな病気、怪我、入院の経験はありますか？

()

○現在服薬中のお薬がありましたら、お書きください。

()

3. これまでの生活について教えてください

○今、一緒に住んでいる方はいらっしゃいますか。 いいえ はい

「はい」の方はどなたですか？ ()

○ご家族・ご親戚でこころの病を患っている方はいますか？ いいえ はい

「はい」の方は、病名とご関係を教えてください。()

○職歴についてお書き下さい。 例：30歳～ ○○株式会社 事務職 など

()

現在：() ※休職中(年 月～)

○ご結婚についてお伺いします。

結婚歴 なし・あり(回) 結婚時年齢()歳

現在：婚姻中・離婚・死別・その他()

4. 現在の生活について

○夜は眠れますか？ 眠れる 眠れない (平均 時間位)

○食欲はありますか？ ありすぎる ある ない

おいしさはありますか？ ある ない

○体調に異常はありますか？

()

○今までに内服したことのある精神科のお薬を教えてください。

()

5. 女性の方にお伺いします

○現在妊娠されていますか？ はい いいえ 分からない

6. 嗜好品についてお答え下さい

- たばこ 吸わない 吸う(本/日)
アルコール 飲まない 飲む(種類や量:)

7. アレルギー(特に薬物アレルギー)はありますか? いいえ はい
→「はい」の方は具体的にお書きください。 ()

8. 当院で治療するにあたり希望することなどあれば、下記にお書き下さい

ご記入ありがとうございました。