いでわき医院　初診時問診票（精神科・心療内科用）　令和　年　月　日

フリガナ		生年月日	昭和・平成　年　月　日（　歳）
お名前	男・女		
現住所	〒＿＿＿－＿＿＿＿	緊急時の連絡先（ご本人様以外） (　　)　　－ （続柄：　　）	
ご連絡先	・自宅　：（　　）　－　　・携帯：（　　）　－ ※連絡の際に「いでわき医院」と名乗っていいですか？（　はい　・　いいえ　）		

※当院をどのようにお知りになりましたか？

□他院などからの紹介：施設名（　　　　　　　　　　）□看板　□ホームページ　□知人から聞いて

※本日同伴の方はいらっしゃいますか？　□　いる　（続柄：　　　　　）　□　いない

※以下の質問は、差し支えのない範囲でご記入いただき、お答えが難しい箇所は空欄のままで構いません。

1．お困りのことは何でしょうか？（症状やお悩みなどご相談されたいことを何でもお書きください ）

※それはいつ頃からですか？：　＿＿年＿＿月頃から　（または＿＿歳頃から）

※思い当たるきっかけはありますか？：　□ある（＿＿＿＿＿＿＿＿）　□ない

2．今つらいことは、どんなことですか？（複数チェック可）

□よく眠れない　□眠りすぎる　□疲れやすい　□体がだるい　□気力がない　□不安感　□胸がどきどきする

□息苦しくなる　□気持ちが落ち込む　□考えがまとまらない　□集中力がなくなった

□よく涙が出るようになった　□いらいらする　□気持ちが焦りやすい　□朝起きるのがつらくなった

□元気がよすぎる　□食欲がない　□食欲がありすぎる　□頭痛　□死にたい気持ちになることがある

□周りからいやがらせを受けているように感じる　□いやなことが頭に浮かぶ　□物忘れが多くなった

□月経前に体調、気分が悪化する　□自分では困っていないが周囲からすすめられた

5．元来のご性格はいかがでしたか？（複数チェック可）

□人付き合いが得意　□人付き合いが苦手　□几帳面　□細かいことは気にしない　□陽気　□活発

□頑張り屋　□気は長い　□短気　□凝り性　□あきっぽい　□こだわりが強い　□責任感が強い□気を使いすぎる　□マイペース

↓（裏面につづきます）

６．これまで、心療内科や精神科などを受診されたことはありますか？

□ない　　□ある

（____年____月～____年____月まで　医療機関名：________________　　□入院　□外来）

（____年____月～____年____月まで　医療機関名：________________　　□入院　□外来）

※現在通院中ですか？□はい　　　□いいえ

７．いままで治療された主なこころや身体のご病気、手術歴などについて

□なし　□あり（病名：__________、____________、__________）

糖尿病（□なし　□あり）　心臓疾患（□なし　□あり・病名_______）

高血圧（□なし　□あり）　緑内障（□なし　□あり）　肝臓疾患（□なし　□あり・病名_______）

腎臓疾患（□なし　□あり・病名_______）

※現在治療中のご病気はありますか？　□なし　　□あり（病名：______________________________）

※現在内服中のお薬はありますか？

□なし　　□あり（薬剤名：____）

※血縁のご家族で心療内科・精神科・神経科などを受診されたことがある方はおられますか？

□なし　　□あり（ご関係：________________病名：___________________）

８．生育歴・教育歴・職業歴についておうかがいします。

主な生育地（___________、__________）

最終学歴（□中学校　□高校　□専門学校　□大学　□大学院）□卒業　□在学中　□中退

現在のご職業（___________________）

９．ご家族についておうかがいします。

両親はご健在ですか？　□はい　□いいえ（__________________）

兄弟姉妹　　　　　　　□なし　□あり（_人中__________番目）　子供　□なし　□あり（_____人）

結婚歴　　　　　　　　□未婚　□既婚　□離婚　　現在同居中の方（________________________）

１０．お薬や食べ物が原因で、発疹や肝障害などのアレルギーを起こしたことはありますか？

□なし　　□あり（症状______________________________________）

１１．飲酒やたばこなどについて

飲酒　　□ほとんど飲まない　　　□機会があれば飲む　　　□ほぼ毎日飲む（１日あたり_____を_____本くらい）　喫煙　□吸わない　　　□吸う（１日あたり____本くらい）

１２．女性の方におうかがいします。

現在妊娠されていますか　□はい　□いいえ　　　　　　現在授乳されていますか　□はい　□いいえ

※ご記入が終わりましたら、受付までお声かけください。

※ご記入いただきました個人情報は、厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはございません。