

問診票

フリガナ		生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)
お名前		性別	男 ・ 女 ・ その他()
住所	〒 - -		
電話番号	- - ※当院名を名乗っての電話… 可・不可		
緊急連絡先※ご本人以外の電話番号： - - (続柄： お名前：)			

- *問診票をご記入いただいた方 本人 本人以外(続柄： お名前)
- *本日の受診を家族にご存知ですか？ 知っている 知らない
- *本日はどなたと来院されましたか？ 本人のみ 家族() その他()

*ご家族について

お名前	年齢	続柄	同居・別居	職業(学校名)	その他
			同居・別居		
			同居・別居		
			同居・別居		
			同居・別居		
			同居・別居		
			同居・別居		
			同居・別居		

*本日受診された主な症状、ご相談したい内容について

<input type="checkbox"/> グリーフ カウンセリング	誰を、いつ、どのように喪失されましたか？ 誰を： いつ： どのように：
--	--

※グリーフカウンセリングとは、家族・大切な人・大切なものとの死別や離別などによる喪失(変化)に対する反応で、悲しい・寂しい・辛い・後悔・自責の念・怒りなど様々な感情や体調不良が含まれます。

<input type="checkbox"/> 依存症の 治療や予防	<u>嗜癖、依存でお困りのもの、行動を○で囲んでください</u> ・アルコール ・ギャンブル() ・ゲーム ・スマホ ・買い物 ・投資 ・睡眠薬・安定剤() ・市販薬() ・覚醒剤 ・大麻 ・危険ドラッグ ・窃盗 ・恋愛 ・性依存() ・自傷(部位：) ・暴言・暴力 ・過食・拒食 ・その他()
--	---

上記は、いつごろからですか？ _____

<input type="checkbox"/> 精神症状	<u>精神症状：症状のあるものをすべて○で囲んでください</u> ・眠れない・寝付きが悪い・不安 ・いらいら ・怒りっぽい ・落ち着かない ・あせる ・興奮する ・気分が高い ・緊張 ・動悸・息切れ ・ゆううつ ・やる気が出ない ・物忘れ ・物や人にあたってしまう ・確認作業が多い ・こだわりが強い ・職場(学校)に行きたくない ・外出しづらい・できない ・不注意なミスが多い ・悲しい・寂しい ・生きているのがいや ・自殺しそう、試みた ・自傷(部位：) ・疲れる ・食欲がない ・過食・嘔吐 ・下痢 ・便秘 ・胃痛 ・腹痛 ・頭痛
-------------------------------	--

その他、症状のある方、医師に伝えておきたいことがあればご記入ください。

***当院以外に精神科・心療内科を受診したり、相談機関などを利用されたことはありますか？**

なし あり(ある方は、以下に主な受診、相談先をご記入ください)

(年 月～ 年 月まで) 外来 入院 その他

(年 月～ 年 月まで) 外来 入院 その他

***血縁者の中で、精神科・心療内科・神経科などを受診したことがある方はいますか？**

いない いる (誰が： 病名(症状)：)

***血縁者の中で、依存問題を抱えている方はいますか？**

いない いる (誰が： 何の依存：)

***あなたが今までかかった病気、手術、治療中の病気はありますか？ 例) 高血圧、糖尿病、緑内障など**

なし あり

病名	医療機関名	いつ頃	
			治療中・経過観察中・治ゆ
			治療中・経過観察中・治ゆ
			治療中・経過観察中・治ゆ

***現在、飲んでいるお薬はありますか？** なし あり(お薬手帳持参 お薬手帳忘れ・なし)

お薬手帳をお持ちでない方は、何のお薬を飲まれているかわかる範囲でお答えください

***薬や食べ物、その他アレルギーはありますか？**

なし あり()

***女性の方へ：妊娠中、授乳中、更年期、月経問題などはありますか？**

なし 妊娠中：現在__週目 妊娠の可能性あり 授乳中 その他()

***ご自身のことについて教えてください**

●出生地：_____ ●育ったところ：_____

●最後に通った学校名と学科名：_____ 卒業 中退 在学中 休学中

成績について： 小学校(上・中・下・劣) 中学校(上・中・下・劣) 高校(上・中・下・劣)

特殊学級にいた いじめにあったことがある 学校に行けなくなってしまうことがある

●現在の主な役割 家事 学業 仕事(お勤め先： 役職：)

上記の役割を、 こなせている なんとかやれている 時々休む 休んでいる

当院をどのようにしてお知りになりましたか？

当院 HP インスタグラム Facebook YouTube メディア(新聞・テレビ等)

ネット広告 看板 家族の勧め 知人の紹介 職場・学校からの紹介

他院からの紹介() その他()

※ご記入いただきました事項の取り扱いは、個人情報保護に関する法律に遵守いたします。ご協力ありがとうございました。