

問診票

当クリニックにはじめてお越しの方には、問診票をご記入いただいております。
ご記入いただいた個人情報につきましては、診療の目的以外で使用することはありません。

フリガナ

記入日 年 月 日

氏名

< 同伴者 なし / あり (どなたと) >

いつから、どんなときに、どのような症状がありますか？具体的にご記入ください。

いつから

どんなときに

どのような症状 < 記入例：眠れない、気分の滅入り、不安になる、イライラする、頭痛…など >

①

②

③

④

⑤

症状の原因や誘因について、思い当たることがあれば記入してください。

< 家庭、学校、職場など。生活環境や人間関係のストレスについても心当たりはありませんか？ >

これまでに心療内科・精神科・神経科を受診したことがありますか？

ない / ある < 紹介状をお持ちの方は受付にご提出ください >

① 年 月から 年 月 までに

② 年 月から 年 月 までに

これまでわずらったことのある身体的な病気はありますか？

ない / ある < 治療済み・現在治療中 >

①病名 歳 医療機関名

②病名 歳 医療機関名

心臓疾患や健診などで心電図異常を指摘されたことがありますか？

ない / ある < 治療済み・現在治療中 >

①病名 歳 医療機関名

現在服薬中の薬はありますか？ < お薬手帳をお持ちの方は記入不要です >

ない / ある < 薬剤名 : >

現在の状況について記入、または該当するものに○をつけてください。

身長 cm 体重 kg < やせた / 変わらない / 太った >

食事 回/日 食欲 あり / なし

飲酒習慣 なし / あり < 何を どのくらい /日 >

喫煙習慣 なし / あり < 歳から どのくらい 本/日 >

アレルギー なし / あり < どのようなアレルギーですか? >

月経 (女性のみ) 順調 / 不順 / 停止中 / 妊娠中

月経前にひどくイライラする、落ち込むなどの精神症状はありますか? いいえ / はい

最近の睡眠状況についてお聞きします。

就寝時間 時 分 起床時間 時 分

睡眠状況 < 不眠 ・ 寝つきが悪い ・ 途中で目が覚める ・ 朝早く目が覚める ・ 朝起きられない >

ご本人やご家族の状況についてお聞きします。

ご結婚されていますか？ 既婚 / 未婚

ご兄弟はいますか？ いる < 人中 番目 > / いない

現在どなたとお暮らしですか？ < _____ >

ご家族・ご親戚の中で、心療内科や精神科を受診された方はいらっしゃいますか？

いない / いる

(関係： _____) が (病名： _____) で、通院していた / 通院中

(関係： _____) が (病名： _____) で、通院していた / 通院中

最終学歴と職歴についてお聞きします。

最終学歴 < _____ > 卒業

職歴 現在 <職種： _____ > を、 < _____ > 年目

過去① <職種： _____ > を、 < _____ > 年間

過去② <職種： _____ > を、 < _____ > 年間

過去③ <職種： _____ > を、 < _____ > 年間

下記項目をお読みいただき、ご了承いただけましたら に をお願いいたします。

当院は主治医制となります。

原則的に初診にて診察を行った医師が主治医となります。次回以降の診察は主治医の外来診察日にご予約をお願い致します。

当院は完全予約制になります。

混雑を解消する為予約制を設けておりますが、診察の状況によっては予約時間通り診察できない場合もございます。予めご了承下さい。予約のキャンセルや変更につきましては、必ず事前にご連絡をお願い致します。

提携駐車場をご利用の方には、待ち時間分のサービス券をお渡ししております。当院隣の駐車場（モータープール）は当院の駐車場ではありませんので、駐車しないようお願いいたします。

月初めで保険証をお忘れの場合は一旦自費となります。後日、保険証確認後に差額を返金いたします。

患者様の情報を文書にて提供する際、保険適用外（産業医に対する情報提供など）の場合は自費になりますので事前に了承下さい。

個人情報の取り扱いについて〈次のページ〉をご確認お願い致します。



医療法人 EPSYLON

MITO MENTAL CLINIC

水戸メンタルクリニック