

カルテ No.

問診票

ふりがな 氏名				性別	男	女
				昭和		
				平成	年	月 日生
住所	〒					
連絡先	電話番号（自宅）	—	—	メールアドレス：		
	（携帯）	—	—			
	緊急連絡先	—	—			
保護者氏名			管轄保険所			
被保険者証	（記号）	（番号）	被保険者名			
事業所名称			保険者番号			
登録年月日			区分	社保	国保	生保 自費 他
			医療券番号			
現在お住まいの住所（現住所と異なる場合のみ記入してください）						
〒						

この問診票はカルテの一部とするものですから、秘密を厳守し大切に保管させていただきます。あてはまるものに○をつけるものと、必要なことがらを書き込むものがあります。

同伴者氏名 _____ 続柄 _____

同伴者氏名 _____ 続柄 _____

記入者 本人 母 父 祖母 祖父 その他（ ） 平成 年 月 日記入

【体の具合についてお尋ねします】

当てはまるものに○をつけてください。

寝付けない 早朝に目が覚める 寝ても起きてしまう 寝た気がしない 頭痛 やる気が出ない

食欲がない やせた（ ヶ月で kg減った）性欲がない 疲れやすい 元気が出ない

気が重い 気分が沈む 物悲しい イライラする 不安 しゃべりすぎる 元気が良すぎる

まとまりがない 人柄が変わった いない人の声が聞こえる ないものが見える 悪口を言われる

噂されている みんなに見られているような気がする わざと意地悪される 周囲が何となく変わった

気がする ぼんやりとしている その他（ ）

【どちらで当クリニックをお知りになりましたか】

ホームページ 紹介（紹介者のお名前 _____） 知人・友人 学校 保健所 医療機関

【いつ頃から悪くなりましたか】 _____年_____月ごろより

【どのような経過ですか】

[_____]

【今まで精神科・神経科・心療内科に受診されたことはありますか】 ある方は下に医療機関名と期間をお書きください。

[_____]

【現在治療中のご病気はありますか】

[_____]

【現在お薬は飲まれていますか】

[_____]

【今までにご病気にかかったことはありますか】

ある方は当てはまるものに○をつけてください。

喘息 糖尿病 心臓病 肝炎 高血圧 高脂血症 腎炎 結核 けいれん 失神 頭部外傷 脳梗塞
結核 その他 (_____)

その病気で入院をしたり、手術を受けたことはありますか。ある方はお書きください。

[_____]

【お酒は飲みますか】 種類 _____ 頻度 _____

【タバコは吸いますか】 吸わない・吸う 1日 _____本

【ご職業を教えてください】 現在 _____
これまでの職歴、アルバイト歴 _____

【最終学歴を教えてください】 _____卒業・中退・在学中

2) 最後に卒業した学校
中学 高校 短大 専門学校 大学 大学院 その他 ()

3) 職業 具体的に ()

4) 生活習慣について
たばこを吸いますか 吸わない 吸う (本/日)
お酒を飲みますか 飲まない 飲む (時々 毎日)

5) 現在治療中の病気はありますか
ない ・ ある 具体的に ()

6) 現在服用している薬はありますか
ない ・ ある 具体的に ()

3. お母さんについて

1) 兄弟姉妹 _____人兄弟姉妹の _____番目

2) 最後に卒業した学校
中学 高校 短大 専門学校 大学 大学院 その他 ()

3) 職業 具体的に ()

4) 生活習慣について
たばこを吸いますか 吸わない 吸う (本/日)
お酒を飲みますか 飲まない 飲む (時々 毎日)

5) 現在治療中の病気はありますか
ない ・ ある 具体的に ()

6) 現在服用している薬はありますか
ない ・ ある 具体的に ()

以上で終わりです。ありがとうございました。

こども・思春期メンタルクリニック
〒162-0845
東京都新宿区市谷本村町3-2-2ナカバビル9階
03-5579-2795
clinic@kodomo-mental.com