

# 神楽坂こころのクリニック問診票

記入日 年 月 日

診療を円滑に行うため、可能な範囲でお答えください。(余白もご利用ください)

1.お名前\_\_\_\_\_ 身長\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_kg

2.本日受診されたのは？

自分から・家族の勧め・知人の勧め・医療機関の勧め・その他 ( )

3.どのようなことでお困りですか？ (いくつでも可)

不眠・食欲低下・不安・緊張・イライラ感・憂うつ・意欲低下・集中力低下  
疲労感・物忘れ・動悸・しびれ・痛み・過呼吸・吐き気・下痢

家庭の悩み・職場の悩み・学校の悩み・人間関係の悩み

その他： \_\_\_\_\_

4.いつ頃から始まりましたか？

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月～ 現在は、良くなっている・変わらない・悪化している

5.何かきっかけはありましたか？

\_\_\_\_\_

6.この問題で、医療機関に相談または通院されましたか

\_\_\_\_\_病院 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月～

\_\_\_\_\_病院 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月～

7.元々の性格について

内向的・外交的・几帳面・大雑把・心配性・楽天的・気を遣う・マイペース  
短気・気長・友人が少ない・友人が多い・気にしやすい・真面目・正直

その他 \_\_\_\_\_

8.現在（過去）に通院（入院）した病気や怪我はありますか？（年齢も記入）

なし

ある（ぜんそく・糖尿病・緑内障・前立腺肥大・心臓病・潰瘍・甲状腺疾患）

その他 \_\_\_\_\_

（裏面に続く）

9.現在服用しているお薬（サプリメントを含む）はありますか？

なし

ある \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10.お薬のアレルギーはありますか

なし

ある \_\_\_\_\_

11.今までの生活状況について

出身地 \_\_\_\_\_ 親の職業 \_\_\_\_\_

最終学歴 \_\_\_\_\_ 学校（卒業・在学中・中退）

現在の職業 \_\_\_\_\_（ 年 月～）

過去の職業 \_\_\_\_\_

婚姻歴： 未婚・既婚（ 歳）・離婚（ 歳）

12.嗜好品等について

アルコール：飲まない・飲む（ほぼ毎日・週に数回・月に数回）

喫煙： 吸わない・吸う（1日 本）・禁煙した（ 歳から）

覚せい剤・麻薬・シンナーなどの使用： ない・ある

13.ご家族について（同居者には○を付けてください）

配偶者（ 歳）、父（ 歳）、母（ 歳）

兄弟姉妹（ 名中自分は 番目）

子供（ 名）上から 歳 歳 歳 歳

その他

14.ご家族の中で、心療内科や精神科へ通院したことがある方はいますか？

いない・いる（ \_\_\_\_\_ ）

15.女性の方のみお答えください

現在妊娠中である： はい ・ いいえ

現在授乳中である： はい ・ いいえ

16. その他、ご相談したいことがありましたら、ご記入ください。