

問診票(こころ外来)

ID : _____

ふりがな		性別	男 ・ 女
名前			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
住所	〒 TEL ()		

①本日相談したいことは何ですか？

② ①について他の医療機関を受診されましたか？

はい いいえ

治療内容

③ 過去の病気(身体的、精神的 手術を含む)について教えてください。

才 _____
才 _____
才 _____

④ 現在、内服中の薬があれば薬の名前と1日量を教えてください。

⑤家族構成を教えてください(同居する家族に○)

⑥ご家族で精神科または心療内科の病気の方がいれば詳細を教えてください。

⑦職業/職種、学校/学年をご記入ください。

⑧以下 該当するものがあれば、ご記入ください。

<アレルギー>

<嗜好品>

薬

たばこ 1日平均() 本

禁煙した () 年前から

お酒

食べ物

量 1日の量()

頻度 () 回/週

ペット

(室内 ・ 室外)

⑨現在、該当する症状に丸を付けてください。

気分の落ち込み

意欲の低下

不安

動悸

過呼吸

死にたい気持ち

眠れない

寝付けない

途中で目が覚める

早朝、目が覚める

幻覚

幻聴

心配性

鍵を閉めたか心配で確認する

人から監視されているような気がする

⑩現在抱えている症状が改善したら、何をしたいですか？

⑪希望する診療について以下から選択してください。

1) 保険適応内の治療のみ希望

2) 必要であれば保険適応外の治療も希望

(以下の興味のある治療に○を付けてください)

点滴療法 イオン・デトックス ドイツ振動療法

⑫希望する薬について以下から選択してください。

1) 西洋薬、漢方薬 いずれも必要であれば飲みたい

3) なるべく漢方薬を飲みたい

2) なるべく西洋薬を飲みたい

4) なるべく薬は飲みたくない

⑬当院を知ったきっかけを教えてください。

1) 友人・知人の紹介 _____ 様

4) パンフレット

2) ホームページ

5) その他 _____

3) 新聞記事