



ココカラハートクリニック(心療内科)初診問診票

平成 年 月 日記入

フリガナ			
お名前	男・女	生年月日	____年____月____日生 (____歳)
現住所			
ご連絡先	Tel _____ ※必要な場合、当クリニック名でのご連絡を差し上げてもかまいませんか(はい・いいえ)		

※以下の質問は差し支えない範囲でご記入ください。お答えが難しい箇所は空欄のままでも構いません。

身長_____cm 体重_____kg

○本日受診された主な症状はなんですか

○その症状はいつ頃から続いていますか

○思い当たるきっかけはありますか？

ある(____年____月ころから、または____歳頃から) ない

○そのことでどちらかの医師の診察を受けていますか

はい ・ いいえ

○今つらいことは、どんなことですか？(複数チェック可)

- よく眠れない。 疲れやすい。 気力がない。 不安感。
- 胸がどきどきする。 息苦しくなる。 気持ちが落ち込む。
- 考えがまとまらない。 集中力がなくなった。 イライラする。
- よく涙が出るようになった。 気持ちが焦りやすい。
- 朝起きるのがつらくなった。 元気がよすぎる。 食欲がない。
- 食欲がありすぎる。 頭痛。 肩こり。 めまい。 吐き気。
- 下痢または便秘がひどい。 死にたい気持ちになることがある。
- 周りからいやがらせを受けているように感じる。

○睡眠について

夜はよく眠れますか？ はい いいえ

(いいえの方は以下の質問にもお答えください)

なかなか寝付けない。 途中で目が覚める。 朝早く目が覚める。

眠りが浅い(複数チェック可)

平均睡眠時間はどれくらいですか？ 約 _____ ~ _____ 時間程度

○食欲について

食欲はありますか？ はい いいえ

体重の変化はありますか？ はい (ここ _____ ケ月で _____ kg の減少・増加) いいえ

○お仕事、学校について

現在の仕事は何ですか？(職種、部署)(学生の場合は学年、部活) _____

その仕事についてどのように感じていますか？

○経済状況について

現在経済的に何かお困りですか。お困りでしたら具体的に教えて頂けませんか？

○今まで心療内科や精神科などを受診されたことはありますか？

ない ある

(_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月まで 医療機関 _____) 入院 外来

(_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月まで 医療機関 _____) 入院 外来

○その他今までにかかった病気を教えてください

▲ 病名は？ _____

▲ いつ、その病気がわかりましたか？ (昭和 ・ 平成 _____ 年頃)

(病院・クリニック) _____

▲ 今までにどのような治療を受けて来られましたか？

▲ 現在も病院で治療中ですか？ (はい いいえ)

○血縁のご家族で心療内科・精神科・神経内科などを受診されたことがある方はおられますか？ なし あり(ご関係： _____、病名： _____)

○飲酒・喫煙について

▲ お酒 毎日飲む ・ 全く飲まない ・ 機会があれば飲む

1日に (ビール 日本酒 ウイスキー 焼酎)

をどれくらい (_____)

▲ たばこ 吸わない ・ 吸う (1日に _____ 本を _____ 年)

以前吸っていた (1日 _____ 本、 _____ 歳から _____ 歳まで)

▲ シンナー、覚せい剤、大麻、LSD・MDMA などの使用歴 なし ある

○アレルギーについて

- ▲ 今までに薬を飲んで、蕁麻疹が出たり、アレルギーを起こした事がありますか？
- ない
- ある ⇒何の薬で（_____）
- ▲ アレルギー性の病気がありますか？
- いいえ
- はい ⇒喘息、花粉症、食物アレルギーなど（_____）
- ▲ 今までに、内服薬や注射で気分が悪くなったことがありますか
- いいえ ・ はい⇒薬品名（_____）

○治療薬のご希望はありますか？

- 西洋薬のみ 漢方薬のみ 西洋薬と漢方薬の両方 医師にお任せする

○当院では病状に応じてカウンセリング、統合医療（鍼灸、点滴等）、をお勧めする場合があります。（自費診療）

- カウンセリングは希望しない 統合医療（鍼灸等）は希望しない 医師にお任せする。

当院をどこでどのようにして、お知りになりましたか。

- A. チラシを見て ※どこチラシを見られたかをご記入ください。
- a 健診チラシ b 配布ティッシュのチラシ c その他（_____）
- B. 看板・案内板を見て ※どこ看板・案内板を見られたかをご記入ください。
- a 当ビルの看板 b セントラルパーク内のショーウィンドウ
- C. 家族、友人、知人から聞いて
- D. インターネットのホームページから検索して
- E. 他の医療機関、治療所（鍼灸院、マッサージ院など）、薬局からの紹介で
- F. その他（_____）

◎当院では病状の確認のため初診後、おおよそ 1 週間以内に患者様に症状の確認電話をさせて頂くとりくみをしています。（フォローコール）
上記で記入されたTEL番号に連絡させていただきます。

通話できない時間帯があればご記入下さい。（AM・PM_____時～AM・PM_____時）

フォローコールを希望されない場合はこちらにチェック下さい。