



ココカラハートクリニック(心療内科) 初診問診票

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かまいません(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うけていますか

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。 いらいらする。
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： _____)

○現在の家族構成

未婚 既婚 離婚

(同居の方に○をつけて下さい)

配偶者 父 母 兄 姉 弟 妹

祖父 祖母 叔父 叔母 他親類

子供 男 () 歳 () 歳 () 歳

女 () 歳 () 歳 () 歳

その他 ()

○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 鍼灸は希望しない 医師にお任せする。