

四十八瀬クリニック問診票

<記入日> 年 月 日

<記入者> 本人・家族（続柄： ）

その他（ ）

お手数ですが、わかる範囲で構いませんので、診察を受ける方について、次の各項目にご記入をお願いいたします。

ふりがな 氏名	(男・女)	生年 月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
現住所	〒		
電話 番号	自宅 () 携帯 ()	緊急 連絡先	
当院からご連絡する際、「四十八瀬クリニック」と名乗っても構いませんか？			良い・悪い
職業		現職の 勤務歴	入職日 年 月 退職日 年 月

1. ご来院いただいた理由をお書きください

2. あてはまる症状があれば、○をつけてください

- ・眠れない ・食欲がない ・まわりのことが気になる ・何かが聞こえてくる ・何かが見える
- ・気分が落ち込む ・イライラする ・おこりっぽい ・不安になる ・泣きたくなる ・忘れっぽい
- ・何もする気がしない ・考えがまとまらない ・人に見られている ・汗をかきやすい
- ・うわさされている感じ ・ドキドキする ・頭痛 ・吐き気 ・ストレスがある

3. それはいつ頃からですか？ (年 月ころから)

何か思いあたることがありますか？ (ある ・ ない ・ わからない)

ある場合、よろしければ内容をお書きください。

4. これまでに精神的なことで受診したことのある病院があれば記入してください

病院名・診療所名	期間	病名	通院/入院
	～		(通院 ・ 入院)
	～		(通院 ・ 入院)

5. これまでの健康状態について

1) 身体的な病気やけがで入院にかかったことがありますか？ (ない ・ ある)

「ある」と答えた方は、下記のあてはまるものがあれば○をつけてください。

- 緑内障 ・ 喘息 ・ 糖尿病 (歳から) ・ 心臓病 (歳から) ・ 高血圧 (歳から)
- 感染性疾患 (肝炎 ・ その他 :) ・ その他 :

2) 現在、通院中の医療機関があればお知らせください

医療機関名	いつから	病名	お薬

3) 常用薬はありますか？ (ない ・ ある :)

4) アレルギーはありますか？ (ない ・ ある :)

5) お酒についてお伺いします。

お酒は飲みますか？ (飲まない ・ 飲む：毎日 ・ 週 ___ 回 ・ 月 ___ 回)

初めて飲酒したのはいつですか？ (_____ 歳ごろ)

最後に飲酒したのはいつですか？ (_____)

6) たばこは吸いますか？ (吸わない ・ やめた ・ 吸う：1日 ___ 本)

7) その他、薬物や脱法ドラッグなどの使用歴はありますか？

(ない ・ ある：シンナー ・ 脱法ドラッグ ・ 覚醒剤 ・ 大麻 ・ LSD ・ MDMA ・ その他 (_____))

8) 身長 _____ cm 体重 _____ kg

体重について、ここ最近 (1年以内) で体重の増減がありましたか？

(ほとんど変わらない ・ 増えた： _____ kg ぐらい ・ 減った： _____ kg ぐらい ・ わからない)

9) 女性の方にお伺いします。

月経は順調ですか？ (はい ・ 不順 ・ その他 (_____))

現在妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ ・ 可能性がある)

現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

6. ご家族について

1) ご家族の構成について

父 _____ 歳 職業 _____ (健在 ・ 逝去 ・ 不明)

母 _____ 歳 職業 _____ (健在 ・ 逝去 ・ 不明)

きょうだい (いない ・ いる： _____ 人きょうだいの _____ 番目 ・ わからない)

婚姻歴 (なし ・ あり) 配偶者 (なし：未婚 ・ 離婚 ・ 別居 ・ 死別)

(あり： _____ 歳 職業 _____)

子ども (なし ・ あり： _____ 人)

(男 ・ 女) _____ 歳 (職業・学年： _____) (男 ・ 女) _____ 歳 (職業・学年： _____)

(男 ・ 女) _____ 歳 (職業・学年： _____) (男 ・ 女) _____ 歳 (職業・学年： _____)

2) 同居人数について

(_____ 人： 父 ・ 母 ・ きょうだい _____ 人 ・ 配偶者 ・ 子 _____ 人 ・ その他 _____)

3) ご家族、ご親戚の方で、精神科または心療内科にかかったことのある方はいらっしゃいますか？

(いない ・ いる： _____)

7. これまでの生活について

1) 生まれ育ったところ _____

2) 最終学歴 (学校名： _____) (学科名： _____)

在学中 (_____ 年生) ・ 休学中 (_____ 年 _____ 月から) ・ 卒業 ・ 中退

3) 職歴・アルバイト歴について

(なし ・ あり： _____ 歳頃、 _____ 年間 職業/仕事内容 _____)

4) 転職について

(なし ・ あり： _____ 回、 _____ 歳頃 職業/仕事内容 _____)

8. 当院はどちらでお知りになりましたか？

青山会関連の施設 ・ 他の医療機関 ・ 役所 (公的機関) ・ 家族 ・ 友人 ・ 会社

当院ホームページ ・ インターネットの医療機関紹介 ・ その他： _____

お疲れ様でした。ご記入頂き、ありがとうございました。

医療法人財団青山会 四十八瀬クリニック