

# 西田メンタルクリニック 問診票

来院日 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 男・ 女 職業 \_\_\_\_\_

① 一番お困りの事は何ですか？ ( \_\_\_\_\_ )

② いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

③ どのようなときに、どういった症状からはじまり、その後どうなっていますか？  
また、きっかけやストレスはありましたか？ (簡単な経過を教えてください)

以前に心療内科または精神科を受診したことがありますか？ いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ 病院・診療所 )

今までにかかった大きな病気は？ ない・ある ( \_\_\_\_\_ 歳頃 )

現在治療を受けていますか？ いいえ・はい (病名 \_\_\_\_\_ 医療機関 \_\_\_\_\_)

④ ご家族や親戚のなかで同じような症状の方はおられますか？ いいえ・ はい ( \_\_\_\_\_ )

⑤ 現在どなたと暮らしていますか。(複数チェックしてください)

独居・夫・妻・父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹 ( \_\_\_\_\_ 人)・子供 ( \_\_\_\_\_ 人)・その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑥ 最近受けられた検査はありますか？ いいえ・はい

はいの場合 (血液検査 頭部 CT 又は MRI 脳波 心理検査、その他 \_\_\_\_\_ )

⑦ 食品、薬物のアレルギーはありますか？ いいえ・はい (食品・薬名 \_\_\_\_\_ )

⑧ 食欲は？ ない・ ある 最近1か月間の体重の変化は？ 増加 減少 変化なし

⑨ 睡眠は？ 良い・ 普通・ 悪い

睡眠時間 \_\_\_\_\_ 時～ \_\_\_\_\_ 時 (約 \_\_\_\_\_ 時間)

⑩ 便通は？ ふつう・ 下痢・ 便秘

⑪ たばこは？ 吸わない・吸う ( \_\_\_\_\_ 本/1日 \_\_\_\_\_ 年間)

アルコールは？ 飲まない・飲む (お酒の種類 \_\_\_\_\_ ) (お酒の量 \_\_\_\_\_ /日 )

⑫ 常用している薬・健康食品はありますか？ ない・ある (名称 \_\_\_\_\_ )

⑬ 女性の方のみ、現在妊娠していますか？ はい (第 \_\_\_\_\_ 週)・ いいえ・ 不明

⑭ 西田メンタルクリニックはどちらでお知りになりましたか？

インターネット・担当医・知人・友人・患者会・家族会・看板・その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑮ ご質問やご希望があればご自由におかきください

ご協力ありがとうございました