初めて来院された方へ

長泉メンタルクリニック問診票　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| お名前 | 　　　　　　　 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日　　（　　）歳 |
| 性別 | 男性・女性 |
| 職業 |  |
| ご住所 | 〒 |
| 電話番号 | 自宅：　　　　　　　　　携帯：連絡の際に「長泉メンタルクリニック」と名乗ってもよろしいですか？（可・不可） |
| 緊急時連絡先（ご本人様以外）※ご本人様と連絡がつかない場合に使用する可能性があります。 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　） |
| 当院をお知りになったきっかけは？ | ①当院のホームページ　②インターネット（サイト名：　　　　　　）③口コミ　④通りがかり　⑤その他（　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| ご相談したいことはどのようなことでしょうか？（例：落ち込む、眠れない、不安だ、食欲がない、めまいがする、等） |  |
| それはいつ頃から始まりましたか？（例：数年前、数か月前、数日前等） |  |
| 何かきっかけはありましたか？（例：職場の異動、事件に巻き込まれた、大事な人が亡くなった、結婚した、等） |  |
| 今までに精神科あるいは心療内科に受診されたことはありましたか？ありましたら、覚えている範囲で病名・通院医療機関名・通院期間をお書きください。 | 病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通院医療機関名：通院期間： |
| 今まで何か大きなからだの病気にかかったことはありますか？手術はしましたか？（例：がんで手術、脳梗塞で入院、等） |  |
| 何か感染症をお持ちですか？ | B型肝炎　　C型肝炎　　梅毒　　HIV　　その他（　　　　　　）　　特になし |
| 現在治療中のからだの病気は何かありますか？（例：糖尿病、緑内障等） |  |
| ご家族の中で大きな病気になったことがある方はいらっしゃいますか？（例：母がうつ病、父が糖尿病、等） |  |
| 現在何か内服しているお薬はありますか？ |  |
| お酒はどれくらい飲みますか？量は段々増えていますか？（例：ビールで毎日5杯、増えている、等） | 　　　　　を毎日　　　　杯　　　　　を毎日　　　　杯増えている・変わりない・減っている |
| 1日タバコを何本吸いますか？何年間吸っていますか？（例：1日20本を20年、等） | 1日　　本を　　　年間 |
| シンナー、危険ドラッグ、大麻、覚せい剤等薬物を使用したことがある、あるいは現在も使用していますか？ | あり（　　　　　　　　　　　　　　）なし |
| 何かアレルギーはありますか？（例：サバ、ロキソニン、等） |  |
| （女性の方限定）現在妊娠している、あるいは妊娠の予定はありますか？ | 妊娠して　いる・いない妊娠の予定は　ある・ない |
| 出生地はどこでしょうか？（例：静岡県駿東郡長泉町、等） | 　　　　　県 |
| 家族構成を教えてください。続柄、年齢、同居の有無をわかる範囲でお書きください。（例：母（68歳、同居）、兄（40歳、別居）、妻（38歳、同居））等  |  |
| 学歴を教えてください。（当てはまるものを丸で囲ってください） | 小学校（普通学級・特別支援学級・特別支援学校）　　　　　　　中学校（普通学級・特別支援学級・特別支援学校）高校（普通学級・特別支援学校）その他（専門学校卒・大学卒・大学院卒）　　　　　　　 |
| 発育や発達に遅れを指摘されたことはありますか？  | あり・なし具体的に： |
| 婚姻歴を教えてください。 | 未婚・既婚・離婚・死別 |
| 趣味を教えてください。 |  |

ご記入の程、誠にありがとうございました。ご記入頂いた個人情報は厳重に管理し、診療に関する事以外の目的で利用することはありません。