

問診票

ふりがな

氏名 _____ 性別（ 男 ・ 女 ）

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 満 _____ 歳

住所 〒（ _____ ） _____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村 _____ 丁目 _____ 番地 _____ 号

_____（建物名までご記入ください） 電話番号（ _____ - _____ ）

* 当院よりご連絡を差し上げる際、宮原メタクリニックと名乗ってもよろしいですか？ はい ・ いいえ

職業 _____ **勤続** _____ 年目 **勤務時間** 定時 _____ : _____ ~ _____ : _____ **週休** _____ 日（ _____ 曜日休み）

残業 なし・あり（月平均 _____ 時間） **休日出勤** なし・あり（月 _____ 回ほど） **転職歴** なし・あり（ _____ 回）

ご経歴（当てはまるものに○をつけてお答えください）

中学・高校・大学・専門・その他（ _____ ）（学校名 _____ 西暦 _____ 年 卒業／中退／在学中）

●当院にいらしたきっかけ（当てはまるもの全てに○をつけてお答えください）

1. 近所だったから 2. 通りがかり 3. 電柱の看板を見て 4. ホームページを見て 5. その他ネットの情報を見て 6. ネット上で
7. お知り合い・ご職場からのご紹介 8. 他の医療機関からのご紹介 9. その他（ _____ ）

●本日お困りの内容 西暦 _____ 年 _____ 月頃から

●ご不調（当てはまるもの全てに○をつけてお答えください） 西暦 _____ 年 _____ 月頃から

気分が落ち込んでいる ・ 気分が上がりすぎる ・ 気分の波がある ・ 以前楽しめたことが楽しめない ・ 集中できない ・ 物忘れが増えた ・ 何をしても億劫な感じがする ・ 寝つきが悪い ・ 夜中や明け方が覚めてしまう ・ ぐっすり寝た気がしない ・ 寝すぎてしまう ・ 食べられない ・ 食べ過ぎてしまう ・ 自分を傷つけてしまう ・ 死んでしまいたいと感じる ・ 落ち着かない ・ 不安を感じる ・ 行方する ・ 動悸がする ・ 息苦しくなる ・ 人前で緊張する ・ 鍵の開け閉めなどが気になる ・ 汚れているのではと気になる ・ 1人でいるときに誰かの声が聞こえる ・ 誰かに見られている感じがする ・ その他（ _____ ）

●おおよその経緯、思い当たるきっかけを下表にご記入ください。

●診察にあたってご希望されることについて当てはまるものに○をつけてお答えください。

現在の状態がどういった状態か知りたい ・ とにかく状態を改善したい ・ 薬を処方して欲しい ・ どちらかと言うと話を聞いて欲しい ・ 医師からのアドバイスが欲しい ・ 診断書や書類を発行して欲しい（初回の診察だけではお書きできないことがあります） ・ その他（ _____ ）

●これまでに心療内科・精神科に通院したことがありますか？ なし・あり（ありの場合下表にご記入ください）

西暦 _____ 年～西暦 _____ 年 通院先 _____ 診断名 _____

当時飲んでいた薬があればご記入ください（ _____ ）

その際、利用していた福祉サービスがあればご記入ください。 自立支援・手帳・障害年金・その他（ _____ ）

* 通院したことが複数回ある場合は、下表に追記してください。

心療内科・精神科への入院歴 なし ・ 1回のみ ・ 複数回

西暦 _____ 年～西暦 _____ 年 入院先 _____ 診断名 _____

次ページのご記入もお願いします。