

鶴橋メンタルクリニック問診票

初診日：令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正	年	月	日
氏名	男・女		昭和	年	月	日
			平成	満 ( )	歳	
現住所	〒 _____ - _____					
	携帯№番号 _____ - _____ - _____ 固定№番号 _____ - _____ - _____					
代筆の場合 記入者氏名			続柄			

1. 当院に来院された理由や困っておられる症状は何ですか？簡単にご記入下さい。

※それはいつ頃からでしょうか？ ( ) 年 ( ) 月頃から または ( ) 歳頃から

※思い当たる原因はありますか？

ない ある ( )

2. 当院をどこでお知りになりましたか？

他の医療機関や施設等 (名称: ) から聞いて (紹介で) 家族や知人から聞いて

インターネットのホームページを見て (検索エンジン Google Yahoo Bing その他)

駅等の看板広告を見て 新聞等の折り込みチラシを見て 当ビル (医療モール) の看板を見て

その他 ( )

3. 身長・体重・利き腕をうかがいます。

身長 ( ) cm 体重 ( ) kg 利き腕 (右・左)

4. これまでに心療内科や精神科を受診されたことはありますか？

ない ある

( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月 医療機関名 ( )

( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月 医療機関名 ( )

5. 今までに (過去に) 大きな病気やケガ、手術、入院をされたことはありますか？

ない ある

病名 ( ) ( ) 歳頃 医療機関名 ( )

病名 ( ) ( ) 歳頃 医療機関名 ( )

病名 ( ) ( ) 歳頃 医療機関名 ( )

**★裏面へ続きます**

6. 現在治療中の病気はありますか？

ない ある

病名 ( ) ( ) 歳頃から 医療機関名 ( )

内服中の薬剤名 ( )

病名 ( ) ( ) 歳頃から 医療機関名 ( )

内服中の薬剤名 ( )

7. 以下をお持ちの方はご記入下さい。有効期限や次回診断書提出年月はわかる範囲で結構です。

自立支援医療（精神通院） 有効期限 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日

精神障がい者保健福祉手帳 ( ) 級 有効期限 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日

障がい年金（精神の障がい） ( ) 級 次回診断書提出 ( ) 年 ( ) 月

8. さらに以下をお持ちの方はご記入下さい。

介護保険 認定区分（要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）⇒該当する数字に○をして下さい

療育手帳 等級（A・B1・B2）⇒該当する等級に○をして下さい

身体障がい者手帳 障がいの種類 ( ) ( ) 級

9. アレルギーはありますか？

ない ある 薬剤・食品・植物・金属など ( )

10. 女性の方のみにうかがいます。現在、妊娠中ですか？

いいえ はい 妊娠 ( ) 週・出産予定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日

11. 仕事や学校についてうかがいます。

なし あり 勤務先(学校名) ( )

12. ご家族（家族構成）についてうかがいます。

結婚歴 未婚 既婚（配偶者は 健在 死亡） 離婚 再婚

子供 なし あり ( ) 人

同居家族 なし あり 家族構成 ( )

※ご家族やご親族に心療内科や精神科の受診歴のある方はおられますか？

ない ある 続柄 ( ) 病名や症状 ( )

続柄 ( ) 病名や症状 ( )

13. 飲酒や喫煙等についてうかがいます。

飲酒 飲まない ほとんど飲まない（付き合い程度） 週に1～数回飲む

毎日飲む（毎日飲む方は下記も記載して下さい）

⇒1日にビール 日本酒 その他 ( ) を ( ) ml もしくは ( ) 合

喫煙 吸わない 吸う ( ) 歳から1日 ( ) 本 吸っていたが止めた

シンナー・覚せい剤・大麻、LSD、MDMA、脱法ドラッグ等の使用歴 なし あり

14. 緊急時の連絡先（携帯電話番号等）をできましたらご記入下さい。

ご家族等（続柄： ) 携帯・固定☎番号 ( - - )

ご家族等（続柄： ) 携帯・固定☎番号 ( - - )

ご協力ありがとうございました。ご記入が終わられましたら、受付までお渡し下さい。

ご記入いただきました内容は、厳重に管理し、診察に関する範囲を超えて利用することはございません。