

問診票

フリガナ

性別 (西暦)

お名前 様 ☐男 ☐女 生年月日 年 月 日 年齢 歳

郵便番号 住所

電話番号 - - 職業

↓湘南こころと睡眠クリニック受診の方は下記の太枠内のご記入をお願いいたします。

◆今困っていることや相談したいことはどのようなことですか？（複数回答可）

☐対人関係 ☐家族 ☐仕事や学校 ☐体の病気 ☐心の病気 ☐性格について ☐その他

概要：

*お困りごとはいつから始まりましたか？ 年 月頃

◆現在の通院状況 ☐精神科・心療内科に通院中 ☐カウンセリングを受けている ☐特になし◆食欲はありますか？ ☐ない ☐ある (期間：)◆食生活に偏りや気になることはありますか。 ☐ない ☐ある (内容：)

◆家族構成について教えてください。

続柄	年齢 (学年)	職業など	同居・別居・死別
(例) 父	45 歳	会社員 (IT)	☐ 同 ☐ 別 ☐ 死
			☐ 同 ☐ 別 ☐ 死
			☐ 同 ☐ 別 ☐ 死
			☐ 同 ☐ 別 ☐ 死
			☐ 同 ☐ 別 ☐ 死
			☐ 同 ☐ 別 ☐ 死
			☐ 同 ☐ 別 ☐ 死

◆今回のカウンセリングで希望することがあれば教えてください。

◆当カウンセリングルームを知ったきっかけについて教えてください。

☐医師からの紹介 (病院の 先生)☐知人からの紹介 (紹介者：)☐家族からの紹介 ☐建物看板 ☐ホームページ ☐Google 検索 ☐SNS☐その他 ()

◆当院への交通手段について教えてください。

☐徒歩 ☐自転車 ☐自家用車 ☐バス ☐電車 ☐タクシー☐その他 ()

※「湘南こころと睡眠クリニック」に通院していない方は下記についてもご記入をお願いします。

*当てはまる症状について教えてください。

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ 気分が憂うつ | ☐ 気力、やる気がでない | ☐ 食欲（減・増） | ☐ 集中力、思考力が落ちた |
| ☐ 疲れやすい | ☐ 罪悪感 | ☐ 生きているのが辛い | ☐ 元気すぎる |
| ☐ イライラする | ☐ 怒りっぽい | ☐ 息苦しい | ☐ 動悸がする |
| ☐ 物忘れ | ☐ 人に見られている | ☐ 噂されている | |

*睡眠について

- | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 寝つきが悪い | ☐ 途中で目が覚める | ☐ 早朝に目が覚める | ☐ 熟睡できない |
| ☐ 過眠してしまう | ☐ 睡眠中に呼吸が止まる | ☐ いびきをかく | |
| ☐ 体がむずむずして眠れない | ☐ 睡眠中にけいれんのような動きがある | | |

◆上記のことで医療機関を受診したことはありますか？ ☐ ない ☐ ある ある方は下記にご記入ください

医療機関名： 期間： 年 月 ～ 年 月

◆現在治療中の病気はありますか？ ☐ ない ☐ ある ある方は下記にご記入ください

病気：

服用中のお薬：

◆過去にかかった病気はありますか？ ☐ ない ☐ ある ある方は下記にご記入ください

病気：

◆アレルギーはありますか？ ☐ ない ☐ ある (薬名：) (食品名：)

◆相性が悪かったお薬があればお書き下さい。 ☐ ない ☐ ある (薬名：)

◆嗜好品について教えてください。 お酒 ☐ 飲まない ☐ たまに飲む ☐ よく飲む
喫煙 ☐ しない ☐ する (1 日 本) ☐ やめた (歳で禁煙)

◆血縁者で精神科・心療内科に受診経験のある方はいますか？ ☐ ある ☐ ない

父・母・兄・弟・姉・妹・子 (病名：)

◆障害福祉サービスの利用状況について教えてください。 ☐ ある ☐ ない

・ 障害者手帳 ☐ なし ☐ あり 精神 (級) 身体 (級) 療育 (区分)

・ 自立支援医療 (精神通院医療) ☐ なし ☐ あり

・ その他 ()

フリガナ

緊急時連絡先 - - お名前 様 (続柄)

ご協力ありがとうございました。