

## 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中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◆過去に精神科・心療内科・カウンセリングに通われたことがありますか？ ☐ない ☐ある

期間（西暦）	医療機関・施設名	症状や診断名
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		

◆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。※3親等（親、配偶者、兄弟、祖父母、子供、孫）までご記入ください。

続柄	年齢	職業など	同居・別居・死別	備考
父			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/> 死	
母			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/> 死	
			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/> 死	
			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/> 死	
			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/> 死	
			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/> 死	
			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/> 死	
			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/> 死	
			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/> 死	
			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/> 死	

◆出身地 (都道府県)

◆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（ .....）

◆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： .....

◆過去に大きな病気にかかっ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

病気： .....

◆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： .....）

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。