

初診問診票 (こころのクリニック OASIS)

◎問診票は診察の質を高めることに役立ちます。ご協力をお願いします。 受診日 2024年 月 日

代筆の場合は、記入者の名前もご記入ください 代筆記入者

ふりがな				性別		
お名前				男・女・その他		
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
ご住所	〒	-	市・町・村			区
電話番号	自宅：			携帯：		
連絡先の優先	○をつけてください 携帯・自宅(クリニック名を名乗ること：可・否)					
緊急時連絡先(ご本人以外：名前・電話)				続柄：		

1) 主に、どのようなことでお困りですか？

1				いつ頃から
2				いつ頃から
3				いつ頃から

2) 当てはまる症状や問題があれば○をつけてください(複数の回答可)

	イライラ		うつ・落ち込み		不安		パニック		強迫
	トラウマ		自傷		人前での不安		妄想		不思議な音や声
	睡眠の問題		食欲の問題		体の症状		頭の働きの問題(思考・記憶・注意等)		
	その他								

4) ご家族(母・父・兄弟/姉妹・配偶者/パートナー・子どもなど)について教えてください

続柄	年齢	職業	同居⇒○	ご本人との関係、住んでいる場所、死去、別離など
母				
父				

5) 幼少期のことが分かれば教えてください

▶ 早産・難産と聞いた(はい・いいえ・不明) ▶ 言葉・立つ/歩く:遅れあり(はい・いいえ・不明)

6) 子供の頃に家庭内でのつらい思い(体罰、暴言など)、学校でのいじめ体験など、あれば教えてください

家庭:

学校:

7) 在籍した学校名(高校とそれ以降:専門学校や大学等、中退を含む)を教えてください。

高校

8) これまでに精神科や心療内科を受診したり、その他の相談機関などを利用したことがあれば教えてください

医療機関や相談機関など（主なもの4つまで）	いつ頃？
1.	
2.	
3.	
4.	

9) これまでにかかった体の病気、あるいは大きなケガなどがあれば、主なものを教えてください

病気・ケガ・医療機関など（主なもの4つまで）	いつ頃？
1.	
2.	
3.	
4.	

10) 体のことについて教えてください

1. アレルギーがある場合、お薬での副作用が出たことがある場合は、教えてください				
2. お酒の習慣について、もっとも近いものに○をつけてください				
飲まない	時に飲む	まあまあ～よく飲む	ほぼ毎日飲む	
3. 女性の方：月経前後の精神的問題、妊娠/授乳中、更年期、性周期の問題などがあれば教えてください				

11) 普段、あるいは以前の生活での「楽しみ、趣味、休みや空き時間の過ごし方」を教えてください

--

12) ご自身の性格や特徴について当てはまるものに○（部分的であれば△）をつけてください。

心配しやすい	神経質	几帳面	完璧主義	頑固
真面目	頑張り屋	責任感強い	負けず嫌い	我慢するタイプ
熱中しやすい	気分には波ある	短気	人づき合い苦手	人前で不安/緊張しやすい
友人少ない	忘れ物多い	不注意な方	整理整頓苦手	時間を読むのは苦手
気が散りやすい	飽きっぽい	ひと言多い方	こだわり強い	人の本音を読むのは苦手

13) 現在の生活の状況について教えてください

1. 働いている方は職業や勤務の状況を、学生の方は学校と学年、部活動、バイト等を教えてください				
2. 仕事や学校での問題、生活上での困りごとなどがあれば、教えてください				
3. ご家族との関係、友人、知人、同僚との関係など、人間関係の問題があれば、教えてください				

14) その他、事前に医師に伝えたいことや、治療についての希望、薬への心配などがあれば、教えてください

--

15) 当院をどのような経緯で受診したか、当てはまるところに○をつけてください（複数の回答可）

ネット検索	他院の紹介	家族のすすめ	学校/職場の紹介	その他
-------	-------	--------	----------	-----