

# 問 診 票

ID: \_\_\_\_\_

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日生まれ
名前	( 歳)	男・女	電話・携帯	
住所	〒			

出身地		実家の構成	
最終学歴		同居している方	
現在のご職業		仕事内容	

お酒は飲みますか？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週に 日、 を 本・合くらい)
タバコは吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本くらい)

ご自身をどのような性格だと思えますか？	
これまでに経験された大きなケガや病気、持病はありますか？	
ご親族に精神疾患を患われた方はいらっしゃいますか？	

<p>● 現在どのようなことでお困りですか？ あてはまるものにチェックをしてください。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> A: 気分の落ち込み、不眠、食欲低下などに関するご相談</p> <p><input type="checkbox"/> B: 動悸やめまい、呼吸苦、突然の不安感などに関するご相談</p> <p><input type="checkbox"/> C: 職場のトラブル、休職のご相談</p> <p><input type="checkbox"/> D: 発達障害やその疑いに関するご相談 ※Dにチェックされた方は裏面もご記入ください</p> <p><input type="checkbox"/> E: その他、様々なご相談 (上記にあてはまらない、よくわからない)</p>	
<p>● 具体的にはどのようなことでお困りでしょうか。(Dにチェックをされた方は裏面もご記入ください)</p>	



これまでに心療内科・精神科に通院されたことがある方	(受診時期、医療機関名)
現在服用している薬、過去に服用していた薬がある方	(薬の名前)
クリニックに通いやすい曜日、時間帯	
自立支援制度をご存じですか？ (自立支援制度とは、診療代が1割負担になる制度です)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【D】発達障害やその疑いに関するご相談にチェックをされた方へ

下記項目について、あてはまる番号に○をしてください。

	めったにない	たまにある	しばしばある	いつも
● 対人関係・コミュニケーションが苦手である また、子供のころは友達が少なかった	1	2	3	4
2～4に○をされた方：これまでに家庭・学校・職場などで困ったこと・気になったことを具体的にお書きください。				
● こだわりが強い また、子供のころによく指摘されていた	1	2	3	4
2～4に○をされた方：これまでに家庭・学校・職場などで困ったこと・気になったことを具体的にお書きください。				
● ミスが多い、忘れ物が多い また、子供のころによく指摘されていた	1	2	3	4
2～4に○をされた方：これまでに家庭・学校・職場などで困ったこと・気になったことを具体的にお書きください。				
● 落ち着きがないと言われる また、子供のころによく指摘されていた	1	2	3	4
2～4に○をされた方：これまでに家庭・学校・職場などで困ったこと・気になったことを具体的にお書きください。				
● コンサートの希望はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない				

- その他、医師に伝えておきたいこと、聞いてみたいことがありましたらご記入ください。

