

## 新津メンタルクリニック 問診票

記入日 年 月 日 記入者 ( )

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日 ( 歳 ) 性別 男・女

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号① \_\_\_\_\_ 携帯・自宅・その他 ( )

電話番号② \_\_\_\_\_ 携帯・自宅・その他 ( )

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証及びオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？ (はい・いいえ)  
この1年間で検診(特定検診及び高齢者検診)を受けましたか？ (はい・いいえ)

1. 本日は、どのようなお困りごとで来院なさいましたか？

2. 当院をどちらでお知りになりましたか？

ホームページ・病院、クリニック、行政機関等からの紹介 ( )

知人からの紹介・家族からの紹介・その他 ( )

3. 成育歴について、わかる範囲で教えてください

成長や発達の遅れや異常を健診等で指摘されたことはありますか？ (はい・いいえ)

具体的な内容を教えてください

学校での様子(成績など)を教えてください

最終学歴を教えてください

(学校名: \_\_\_\_\_) 在学中・卒業・中途退学

4. 就労の経験はありますか？ (はい・いいえ)

具体的な内容を教えてください

5. 今までに精神科や心療内科を受診されたことはありますか？ (はい・いいえ)

「はい」と答えられた方は、どちらの病院・クリニックか教えてください

病院・クリニック名 ( \_\_\_\_\_ )

紹介状はお持ちですか？ (はい・いいえ)

裏面もご記入をお願いいたします

6. 利用されている福祉サービスがあれば、教えてください  
自立支援医療（精神通院医療）・精神障害者福祉手帳（ 級）・訪問看護・ヘルパー・デイケア・作業所・その他（ ）
7. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？（はい・いいえ）  
食品（名称 ） 薬（名称 ）
8. 治療中または過去に治療されていた病気、手術の経験はありますか？（はい・いいえ）  
糖尿病 高血圧 ぜんそく 心臓病 脳梗塞 脳出血  
その他病名（ ）
9. 現在他の医療機関に通院していますか？（はい・いいえ）  
医療機関名（ ）  
飲んでいる薬があれば教えてください  
本日、お薬手帳や薬剤診療情報提供書はお持ちですか？（はい・いいえ）
10. 飲酒、喫煙歴を教えてください  
飲酒歴 飲まない・飲む・機会飲酒  
（日本酒・ビール・ワイン・焼酎・その他 ）を毎日・週 日 mL飲む  
喫煙歴 吸わない・吸う・吸っていた（ 歳～ 歳・現在まで 1日 本）
11. ご家族について教えてください  
父（ 歳）健康・病気・死亡 母（ 歳）健康・病気・死亡  
兄弟姉妹（本人は除く） 人  
（続柄 、 歳）（続柄 、 歳）、（続柄 、 歳）（続柄 、 歳）  
未婚・既婚 配偶者（ 歳）健康・病気・死亡  
離婚歴はありますか？（はい・いいえ）  
子供 人  
（続柄 、 歳）（続柄 、 歳）、（続柄 、 歳）（続柄 、 歳）  
現在、同居なさっている家族を教えてください  
独居・同居家族（ ）  
受診することをご家族に話しましたか？（はい・いいえ）
12. ご家族で精神科、心療内科を受診したことがある方はいますか？（はい・いいえ）  
（続柄 ） 病名（ ）
13. （女性の方のみ）現在妊娠中ですか（はい・いいえ） 授乳中ですか（はい・いいえ）
14. 診察前に特に伝えたいことやお聞きになりたいことがありましたらお書きください

