ID No. ： _____

初診診療申込書

ご記入日 ： 年 月 日

ご本人

フリガナ

お名前 ： _____

性別 ： 男 ・ 女

生年月日・年齢 ： M ・ T ・ S ・ H ， 年 月 日生，（ ）才

ご住所 ： 〒 ― ，

_____

ご連絡先電話番号 ： 自宅電話 ： （ ）

携帯電話 ： （ ）

ご職業 ： _____

付添者

お名前 ： _____

ご本人とのご関係 ： _____

ご連絡先電話番号 ： 自宅電話 ： （ ）

携帯電話 ： （ ）

当クリニックについては何でお知りになりましたか ：

☐ インターネット（パソコン・携帯・スマートフォン） ， ☐ 医師・カウンセラーの紹介

☐ 家族・知人の紹介 ， ☐ 電話帳 ， ☐ 地域情報誌

☐ その他（ ）

紹介状の有無 ： 有 ・ 無

備考（この欄のご記入は不要です）

問　診　票

Ｎｏ．＿＿＿＿＿＿＿＿

記入年月日　　年　　月　　日

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳）

１．　いま一番お困りのことは何ですか（具体的に書いてください）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

頭痛・耳鳴り・めまい・吐き気・動悸・息苦しさ・しびれ・けいれん・気を失った
眠れない・食欲が無い・性欲が無い・不安・イライラ・興奮・何もする気がしない
職場（学校）に行きたくない・気が重い・死にたい気持ちになる・しゃべりすぎる
お金を使いすぎる・元気が良すぎる・実際に無いものが見えたり聞こえたりする

２．　そのことはいつ頃から始まりましたか

年　　月　　日（または　　歳）頃から

３．　何かきっかけと思われることはありますか。　　ある・ない・わからない

（内容）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4.　今まで心療内科・精神科の治療を受けたことはありますか。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5.　今まで身体の病気やけがで治療を受けたことはありますか。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

6.　これまでに次のようなことがありましたか。

食べ物などのアレルギー（　　）
薬のアレルギー　　（　　）
薬の副作用　　（　　）

7. アルコールは飲みますか。

・飲まない
・飲む　　毎日・週に（　　）日・月に（　　）日　　１日の量

8. タバコは吸いますか。

・吸わない
・吸う　　１日の本数（　　）本

9. 運転はしますか。

・車の運転をする　　・バイクの運転をする　　・どちらも運転しない

10. 最終学歴

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 卒業・在学中（　　年）・中退

11. 職業歴（いつ頃からいつ頃までどんな仕事をしていたか書いてください）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

12. 結婚歴

・未婚　　・既婚　　（　　年から）　　・パートナーがいる（　　年から）

　　・離婚　　（　　年の時）　　・死別　　（　　年の時）

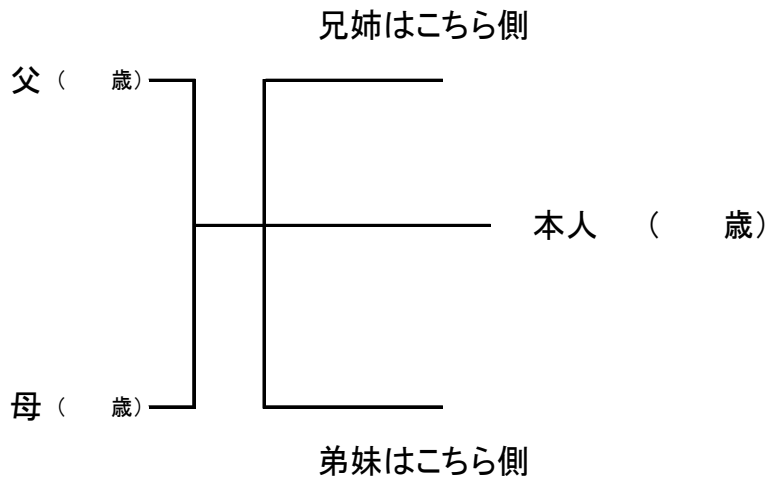
13. ご家族について

死亡されている方は死亡時の年齢を（†　　歳）のように記入してください。

兄弟姉妹については、年長者から順番に性別と年齢を記入してください。

ほかにご家族がいれば記入してください。(配偶者・子供など)

現在いっしょに暮している人を線で囲んでください。



14. ご家族、ご親戚で、心療内科・精神科にかかったことのある方はおられますか。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

15. ご家族で身体の病気で治療を受けている方はおられますか。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

16. 何か追加でありましたら書いてください（治療についての希望・質問、その他何でも）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ご本人以外の方が記入された場合）

記入者のお名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ご本人とのご関係　＿＿＿＿＿