

医療法人社団武寿会 町田メンタル内科クリニック			記載の目安 約 15 分
問 診 票（18歳以上の方）			
・ 診断と治療のための大切な資料になります。わかる範囲でご記入ください。 ・ ご本人が書けない場合は、ご家族・代理の方がご記入ください。 ・ わからない項目は空欄のまま構いません。診察のときに直接おうかがいします。			
■ 基本情報			
ふりがな		記入日	西暦 20 年 月 日 (令和 年)
氏名		性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ その他
生年月日	西暦 年 月 日 (歳) (昭和・平成・令和 年)	記入者	☐ 本人 ☐ 代理 (続柄)
住所	〒 -		
電話番号	自宅 () - / 携帯 () -		
1. 今日、受診しようと思ったきっかけ (あてはまるものすべてに✓)			
☐ 自分で決めて ☐ 家族に勧められて ☐ 職場・学校に勧められて ☐ ほかの医療機関の紹介 ☐ 当院の患者さんの紹介 ☐ 相談機関 (保健所・相談室など) ☐ その他 ()			
2. いま困っていること (3つまで。いちばん困っていることから)			
	症状・困っていること	いつごろから	
1		() 日・週・か月・年前	
2		() 日・週・か月・年前	
3		() 日・週・か月・年前	
仕事・家事・学業への支障	☐ ない ☐ 少しある ☐ かなりある ☐ 休んでいる (年 月～)		
つらい気持ち	消えてしまいたい・死にたいと思うこと： ☐ ない ☐ ときどきある ☐ よくある 自分を傷つけてしまったこと： ☐ ない ☐ ある		
3. これまでの受診とお薬			
心の不調での受診	☐ はじめて ☐ 以前かかっていた ☐ いま通院中 (医療機関名： 病名：) 心の不調で入院したこと： ☐ なし ☐ あり		
ほかの科の通院	☐ なし ☐ あり (医療機関名・病名：)		
いま飲んでいる薬	☐ なし ☐ あり → お薬手帳： ☐ 持ってきた ☐ ない (薬の名前：)		
市販薬・サプリメント	☐ なし ☐ あり ()		
アレルギー (薬・食べ物)	☐ なし ☐ あり ()		
4. からだのこと			
身長・体重	身長 () cm 体重 () kg 最近の体重： ☐ 変わらない ☐ やせた ☐ 太った		
睡眠	☐ よく眠れる ☐ 寝つけない ☐ 途中で目が覚める ☐ 早く目が覚める ☐ 眠った気がしない ふだんの起床 (時ごろ) / 就寝 (時ごろ)		
食欲・便秘	食欲： ☐ ふつう ☐ ない ☐ 増えた / 便秘： ☐ ふつう ☐ 便秘 ☐ 下痢		
血圧	☐ 高め ☐ ふつう ☐ 低め ☐ 分からない / 血圧の薬： ☐ 飲んでいない ☐ 飲んでいる		
体の症状	☐ なし ☐ 頭痛 ☐ 肩こり ☐ めまい・立ちくらみ ☐ 耳鳴り ☐ 動悸 ☐ 息苦しさ ☐ 胸の痛み・圧迫感 ☐ 吐き気 ☐ 腹痛 ☐ のどのつかえ感 ☐ 手足のしびれ ☐ 手のふるえ ☐ 汗が多い ☐ だるい・疲れやすい ☐ 口が渇く ☐ その他 ()		
これまでの出来事	☐ ひきつけ・けいれん ☐ 頭を強く打った ☐ 気を失った ☐ 大きなけが ☐ いづれもなし		
お酒・たばこ	お酒： ☐ 飲まない ☐ 時々 ☐ 毎日 / たばこ： ☐ 吸わない ☐ 吸う (1日 本) ☐ やめた		
女性の方	☐ 妊娠していない ☐ 妊娠中 ☐ 妊娠の可能性がある ☐ 授乳中		
5. これまでにかかった大きな病気 (入院・手術・長く通院した病気)			
病名・けが	何歳ごろ	入院・手術	
	() 歳ごろ	☐ 入院 ☐ 手術	
	() 歳ごろ	☐ 入院 ☐ 手術	
	() 歳ごろ	☐ 入院 ☐ 手術	

6. 仕事・学校・暮らし	
現在の状況	☐ 働いている ☐ 休職中 ☐ 求職中 ☐ 学生 ☐ 主婦・主夫 ☐ 無職 ☐ 退職・定年
仕事の内容	() 勤続()年 週()日・1日()時間
働き方	☐ 正社員 ☐ パート・アルバイト ☐ 自営 ☐ 派遣・契約 ☐ 障害者雇用 ☐ その他
最終学歴	☐ 中学校 ☐ 高校 ☐ 専門・短大 ☐ 大学・大学院 (☐ 卒業 ☐ 中退 ☐ 在学中)
住まい	☐ 一人暮らし ☐ 同居(本人を含め 人) ☐ その他()
車の運転	☐ しない ☐ する(☐ 仕事で ☐ 日常的に)
利用中の制度	☐ なし ☐ 自立支援医療 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護

7. ご家族のこと			
	年齢	健康状態	病名など(分かれば)
父	() 歳	☐ 健康 ☐ 通院中 ☐ 亡くなった	
母	() 歳	☐ 健康 ☐ 通院中 ☐ 亡くなった	
配偶者	() 歳	☐ 健康 ☐ 通院中 ☐ 亡くなった	
きょうだい・お子さん	きょうだい()人 / お子さん()人 / 結婚： ☐ 未婚 ☐ 既婚 ☐ 離別 ☐ 死別		
ご家族・ご親族の通院	心の不調で受診した方： ☐ いない・分からない ☐ いる(続柄：)		

8. 今日いちばん相談したいこと・ご希望	
ご希望(あれば)	☐ 休職・復職の相談 ☐ 診断書・書類(種類：) ☐ 薬の相談

(気になっていること、伝えておきたいことがあればご記入ください)

ご記入ありがとうございました。受付にお出しく下さい。