

問診票

土呂メンタルクリニック
H30.4

記載者氏名：

続柄（ ）

相談者氏名：

性別：男・女

生年月日：T・S・H 年 月 日（ 歳）

職業：

〒

住所：

連絡先電話番号：

（携帯・自宅・会社）

※受診の目的

診察・家族相談（本人が来院できない）・往診依頼・セカンドオピニオン・心理検査・他

※このクリニックのことは、何で知りましたか？

ホームページ・行政機関（ ）・病院・知人から・家族から・他（ ）

※受診のきっかけ

相談したいことはどんなことですか？

それはいつ頃から始まり、どのような対応をしましたか？

今までに精神科・心療内科にかかったことはありますか？

あり・なし

病院名：

病名：

通院・入院

病院名：

病名：

通院・入院

病院名：

病名：

通院・入院

※生育歴（わかる範囲で構いません）

小学校入学前の様子を教えてください。

話すのが遅い、人見知りが激しい等、検診で指摘されたことがありますか？

あり・なし

具体的な内容：

学校ではどんな様子でしたか？

成績（上・中・下）性格：

いじめ 不登校 家庭内暴力 非行の問題

あり・なし

具体的な内容：

最終学歴（学校名； ）

在学中・卒業・退学

就労の経験

あり・なし

具体的な内容：

※既往歴

大きな病気や手術、内服中の病気がありますか？ 高血圧・心臓病・糖尿病・腎臓病・脳血管障害・緑内障 病名： (歳時) 病名： (歳時)	あり・なし
アレルギーはありますか？ 食品： () 薬： () その他： ()	あり・なし

※社会資源

現在受けているサービスがありましたら、教えてください。 自立支援医療・障害者手帳 (級) ・障害年金 (級) ・介護保険 (要支援・要介護 級) 訪問看護 () ・ヘルパー () デイケア () ・作業所 () その他 ()	
---	--

※ご家族について

父 (歳) 健康・病気・離別・死亡 (同居・別居) 性格：	
母 (歳) 健康・病気・離別・死亡 (同居・別居) 性格：	
配偶者 (歳) 健康・病気・離別・死亡 (同居・別居) 離婚歴はありますか	未婚・既婚 あり・なし
兄弟 男 (人) 女 (人)	
子ども 男 (人) 女 (人)	あり・なし
受診をすることをご家族に話しましたか？ どなたに：続柄 ()	はい・いいえ
ご家族、ご親戚の方で精神科・心療内科を受診された方はいらっしゃいますか？ 続柄 () 病名： 続柄 () 病名：	いる・いない
現在、ご家族のなかで複雑な事情がおありの場合は教えてください。	あり・なし

※質問・要望

クリニックに要望や伝えたいことなどありましたらお書きください。	
---------------------------------	--

ご協力ありがとうございます。わからない所は、未記入で構いません。

土呂メンタルクリニック
H30.4