問　診　票

青山メンタルクリニック
Aoyama Mental Clinic

【氏名】　　【年齢】　　歳　　【職業】

【症状】下記の項目で現在ある症状をチェックして、いつ頃からどのような症状があったかをご記入ください。何かきっかけになる出来事がありましたら、一緒にご記入ください。
（例；2006 年 4 月に部署異動した後、多忙になり、8 月頃より不眠、倦怠感が強まった。）

□　気分の落ち込み　　□　不安，焦り　　□　緊張，くつろげない
□　不眠（寝つけない，途中で目が醒める，早朝に目覚める，熟睡感がない）
□　筋肉痛（肩凝り，腰痛など）□　集中力，記憶力減退　□　イライラ，怒りっぽい
□　疲れ易い，倦怠感　　□　食欲不振　　□　過食

【通院歴】過去に他の精神科･心療内科に通院されていた場合、下記にご記入ください。

年　　月～　　年　　月　　医療機関名（　　）
年　　月～　　年　　月　　医療機関名（　　）
年　　月～　　年　　月　　医療機関名（　　）

【既往歴】過去に体の病気で通院されたり、手術をされた場合、ご記入下さい。

歳時　　病名（　　），　　歳時　　病名（　　）
歳時　　病名（　　），　　歳時　　病名（　　）

飲酒される方は頻度と量をご記入下さい。　頻度　　日／週　　量（　　）
お薬を服用中であればご記入下さい。－／＋
（　　）

【家族歴】ご兄弟、ご姉妹がいらしたら、ご家族の構成をご記入下さい。
ご家族、ご親戚で精神科的な問題があった方がいらしたら、ご記入ください。
（例；父親　うつ病で通院，　姉　パニック障害　など）

その他、治療について何かご希望があればご記入ください。
（　　）
当院を受診しようと思われたきっかけがございましたらお答え下さい。
□ホームページ　□医療機関の紹介　□知人･友人の紹介　□会社健康管理室の紹介
□看板を見て　　□その他（　　）