

## ストレスサポート秋葉原 問診票

フリガナ \_\_\_\_\_ 性別 男・女 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 S・H 年 月 日 \_\_\_\_\_  
 住所 〒 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

医師の診察の前に、わかる範囲でかまいませんので、以下の質問にお答えいただけましたら幸いです。  
 ご記入いただきました情報は、当院における診療の目的以外に利用されることは決してございません。

- ① 現在お困りのことを、なるべく具体的にお聞かせください。
- ② それはいつ頃からでしょうか。
- ③ 原因やきっかけと思われることがあれば記載してください。
- ④ 今までに心療内科などの、メンタルヘルス関連の医療機関を受診されたことはありますか。  
 ない・ある →( \_\_\_\_\_ クリニック・病院/ \_\_\_\_\_ 年頃 /病名: \_\_\_\_\_ )
- ⑤ これまでに大きなご病気やお怪我をされたことはありますか。  
 ない・ある →(病名 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 歳頃)
- ⑥ 現在、定期的に飲まれているお薬がありますか。  
 ない・ある →(薬の名前 \_\_\_\_\_ )
- ⑦ 今までに、お薬を飲んだ後に皮膚の湿疹、じんましん、目の腫れ、気分不快や呼吸が苦しい、などの薬物アレルギーの症状が出たことがありますか。  
 ない・ある →(薬の名前 \_\_\_\_\_ )
- ⑧ お酒は飲まれますか。  
 飲まない・飲む →(量: \_\_\_\_\_ 杯/日・週 お酒の種類: \_\_\_\_\_ )
- ⑨ 自動車の運転のほか、複雑な機械操作や危険を伴う作業などをなさいますか。  
 しない・する →(具体的な内容: \_\_\_\_\_ )
- ⑩ (女性の方に) 現在、妊娠している可能性はありますか。また授乳中ではないですか。  
 ない・ある →( \_\_\_\_\_ ケ月) ・ 授乳中
- ⑪ 当院をどちらでお知りになりましたか。

以上です。ありがとうございました。ご記入が終わりましたら、お手数ですが受付にお声かけください。