

# さっぽろ元町メンタルクリニック問診票

平成 年 月 日

## 受診される方

\*印欄 (該当する方はご記入下さい)

フリガナ 氏名			生年月日	大正・昭和・平成		年	月	日 ( 歳)
住所	〒 -							
連絡先	固定電話	-	-	携帯電話	-	-		
ご家族連絡先	〒							
	TEL				お名前	(本人との続柄)		
* 自立支援受給者証	有・無	精神障がい者保健福祉手帳		級	療育手帳	A ・ B		

1、お困りのこと・症状はどういったものですか？

2、1の状態はいつ頃から起こりましたか？

年 月 頃

3、これまでに、精神科・心療内科を受診されたことはありますか？  
いつ頃、どちらの病院・クリニックですか？

ある( 年 月頃 クリニック・病院) ・ ない

4、現在治療中、またはこれまでににかかったことがある病気はありますか？

ある( ) ・ ない

5、現在服用中の薬はありますか？

ある( ) ・ ない

6、薬や食べ物で、アレルギーが出たことはありますか？

ある( ) ・ ない

7、これまでの生活について

(1)出身地は？ 都・道・府・県 市・郡

(2)最終学歴は？ 中学・高校・専門学校・短大・大学・大学院  
( ) 在学中( 年)・卒業・中退

(3)お仕事は？ ( )現職中・無職・休職中( 年 月 から)

8、ご家族について

(1)ご両親は？ 父 歳 (同居・別居・離婚・音信不通・死去)  
母 歳 (同居・別居・離婚・音信不通・死去)

(2)ご兄弟は？ あり ( 名 中 番目) ・ なし

(3)ご結婚は？ 未婚  
既婚(結婚 回 離婚 回)現在は何？婚姻中・離婚・死別)

(4)お子様は？ あり 名 (年齢 ・ ・ ・ ・ 歳) ・ なし

9、当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット・知人の紹介・他院の紹介・医療マップ・その他( )

10、ご連絡を取らせていただく状況が生じた場合、クリニック名でお電話を差し上げてよろしいでしょうか？

はい ・ ( 携帯 ・ 自宅 ・ 他 ) なら可 ・ いいえ