**問診票（高校生以上）**

記入日：　　　年　　月　　日

**◎本日相談されたい方のお名前と性別と生年月日**

**フリガナ**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　　　男　　・　　女**

**生年月日　　　　大・昭・平・令　　　　年　　　月　　　日**

**住所　　〒　　　－**

**電話番号**

**◎今一番困っていること、相談したい内容をご記入ください**

**◎その症状はいつごろからありますか？またきっかけとなる出来事があればご記入ください。**

**◎当クリニックの希望について、あてはまる項目に〇をつけてください。（複数回答可）**

相談したい・診断してほしい・治療してほしい・薬を出してほしい・カウンセリングをして欲しい（紹介してほしい）・検査をして欲しい・セカンドオピニオン

**◎現在、治療中の病気、アレルギーはありますか？（はい・いいえ）**

**→「はい」の場合：**

**◎今までにお薬や注射などで副作用やアレルギーがあればお書きください。**

**薬剤（　　　　　　　　　　　　　）　　症状（　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**◎今までにどちらかで治療、もしくはカウンセリングを受けたことがありますか？**

**（はい・いいえ）→ある場合にはそれぞれいつからいつまで、どこの治療機関にかかったかをお書きください。**

**◎これまでにかかられた身体の病気についてあてはまる項目に〇をつけてください。**

糖尿病・高血圧・高脂血症・心臓疾患・肝臓疾患・腎臓疾患・脳疾患・緑内障

前立腺疾患・てんかん・その他（　　　　　　　　　　）

**◎下記の項目について〇をつけてください**

・コーヒー　（　　　杯／日）

・酒類→　飲まない・週（　　）回くらい・毎日飲む（日本酒　　合、ビールなど　　本、その他　　　　　）

・喫煙習慣　→　あり『　　1日（　　）本、　（　　　）年　』　　　なし

・生理（女性のみ）　　→　順調・不順・生理痛あり

**◎最終学歴について**

【中学校・高校・専門学校・短期大学・大学・大学院】　→（中退・在学中・卒業）

◎現在、もしくは過去にされていた仕事があれば、差支えない範囲でお書きください

**◎ご家族の構成についてお書きください**

父（　　）歳　　職業（　　　　　　　　）

母（　　）歳　　職業（　　　　　　　　）

兄弟（姉妹）は、（　　）人で（　　）番目

配偶者　あり→（　　）歳　職業（　　　　　　　）　　なし

子供　　（　　）人　→　年齢（　　）　（　　）　（　　）　（　　）　（　　）

現在はどなたと同居されていますか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**◎ご両親・ご兄弟（姉妹）・親戚の中で心療内科や精神科にかかられた方はおられますか？※ある場合にはどなたがどのような病気でかかられたかを教えてください。**

**◎当クリニックをどちらでお知りになられましたか？**

**□　知人の紹介　□役所や学校にすすめられて　□他の医療機関ですすめられて**

**□　当クリニックのホームページを見て　□スマホ・携帯のホームページを見て**

**□　クリニックを見て　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）**

**以上です。ご協力いただき、どうもありがとうございました。**

****