

なかおメンタルクリニック問診票

※記載はボールペンでお願いします

ふりがな

・お名前

・生年月日

大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

・ご住所

〒 _____

・電話番号

☎ :

・緊急連絡先（※未成年の方は保護者様の御連絡先を記入してください）

お名前 :

間柄 :

住所 :

電話番号 :

・ご出身はどちらですか？

・家族構成を教えてください。

同居家族・同居人 :

同居以外の家族 :

・今日相談にみえられたこと、現在の困りごとはなんですか？

・その困りごとはいつ頃から始まりましたか？

・困り事のきっかけはなんでしたか？

・以前に精神科や心療内科に受診したことはありますか？

病名：

病院名／相談内容：

・ご家族や近親の人に精神科や心療内科に受診したことがある方はおられますか？

・現在かかっている体の病気はありますか？

病名：

病院名／相談内容：

・過去に大きな病気や怪我、アレルギー症状などの経験はありますか？

病名：

病院名／相談内容：

・現在内服中の薬があれば、用法用量を含めて教えてください。

・職業について教えてください（アルバイト・パートも含む）

現在の仕事（会社名、仕事内容など）：

勤続期間：

過去の職歴：

・学校について教えてください
（社会人の方は最終学歴の記載をおねがいします）

学校名：

学部／学科：

部活動／サークル活動：

・信仰している宗教はありますか？

・嗜好品について教えてください。

タバコ : 本/1日、 歳から

アルコール : を /1日、 歳から

その他の薬物 :

・あなたの趣味や好きなことをできるだけ詳しく教えてください。

・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用に協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算（初診日のみ）

加算1：3点

加算2：1点（マイナ保険証を利用した場合）

（いずれかに○をつけて下さい）

はい ・ いいえ

※ご記載いただき、ありがとうございました。あなたに提供していただいたこれらの情報は、厳密に機密保持・管理し、診療の役に立てさせていただきます。