

問 診 票

ここに記載された情報は、診療以外には使用されません。

お名前 _____ 性別：(男性・女性)

記入するのはご本人ですか？ (はい・いいえ)

「いいえ」の場合は、記載した方のお名前 _____

連絡先 (携帯をお持ちの方のみ) _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 受診の理由 (最もつらい症状など) を書いてください。

2. 今回の症状で受診した病院はありますか。(ある・ない)

「ある」の場合は、今回の症状で最初に受診した病院 (クリニックや医院も含む) を教えてください。

病院名 _____ 年 ___ 月 ___ 日

3. 今回の症状に限らず、精神科、神経科、精神神経科、神経精神科、心療内科、メンタル科などに、**入院**したことがありますか。(ある・ない)

「ある」の場合は、入院した病院名、入院した時期 (わかれば入院日)、入院期間 (わかれば退院日) を、時間的に古いものから順番に記載してください。

4. 今回の症状に限らず、精神科、神経科、精神神経科、神経精神科、心療内科、メンタル科などに、**通院**したことがありますか。（ある・ない）

「ある」の場合は、病院名を、時間的に古いものから順番に記載してください。

5. これまでにかかった体の病気を記載してください。

_____年（または年齢_____歳） 病名_____

（入院治療・通院治療・手術・化学療法・放射線療法・その他 _____）

_____年（または年齢_____歳） 病名_____

（入院治療・通院治療・手術・化学療法・放射線療法・その他 _____）

_____年（または年齢_____歳） 病名_____

（入院治療・通院治療・手術・化学療法・放射線療法・その他 _____）

_____年（または年齢_____歳） 病名_____

（入院治療・通院治療・手術・化学療法・放射線療法・その他 _____）

6. アレルギーについてお答えください。

医薬品を使用してアレルギーを起こしたことがありますか？（ある・ない）

「ある」の場合は、（抗菌薬・鎮痛解熱薬・造影剤・抗てんかん薬・その他）

その他の場合は薬品名 _____

具体的な症状 _____

医薬品以外のアレルギーを起こしたことがありますか？（ある・ない）

「ある」の場合は具体的に記載してください。 _____

7. 飲酒や喫煙などについて教えてください。

飲酒（ 飲まない・ときどき飲む・週に_____回・毎日 ）

飲むときの酒量は、_____を _____ ml

喫煙（ 吸わない・以前吸っていた・吸っている ）

違法薬物（ 使用経験なし・使用経験あり・現在も使用している ）

8. 経歴について教えてください。

学歴や職歴について、支障のない範囲で教えてください。診断を検討する際に参考にします。

9. ご家族について教えてください。

親・兄弟・子どもの、年齢、健康状態などについて、支障のない範囲で教えてください。同居者がいる方は、誰と住んでいるのか教えてください。今後の治療方針を相談するとき参考にします。

10. 女性の方への質問

月経についてお答えください。

初経（ 歳）

周期は定期的ですか？ （ 定期的・不規則・ない・その他 ）

閉経（ 歳）

現在妊娠中ですか？ （ はい・いいえ ）

妊娠の可能性はありますか？ （ はい・いいえ ）

11. 診療についてご希望などあれば、自由に記載ください。（希望する治療、または、配慮してほしいことなど）

ご協力いただきありがとうございました。最後にご確認ください。

- 1) メンタルクリニックの初診と再診は予約制になっています。**事前予約**をお願いいたします。
- 2) 診療情報提供書がなくても受診できますが、その場合には、特別選定療養費（保険適応外）の追加料金が発生します。
- 3) 初診当日は、正面玄関左側の**初診受付**で手続きをしてください。その後に、**メンタルクリニック受付**にお越しください。メンタルクリニックは1階の北側にあります。
- 4) 記載いただいた**問診票**、通院中の医療機関からの**診療情報提供書**（紹介状）、**くすり手帳**（お持ちの方）は、初診当日に、メンタルクリニック受付にお渡しください。

埼玉医科大学総合医療センター メンタルクリニック
350-3350 埼玉県川越市鴨田 1981
049-228-3605（外来直通）