

ここはな 問診票

記入日 年 月 日

名前	ふりがな	生年月日
	( 歳)	年 月 日
住所	〒 -	(携帯)
ご相談したいこと		
これまでカウンセリング・精神科等の受診歴はございますか？	年月 ~ 年月まで 医療機関名： 年月 ~ 年月まで 医療機関名： 年月 ~ 年月まで 医療機関名：	
精神科や心療内科で診断を受けておられますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→診断名 ( )	
現在、飲まれている薬があれば教えてください		
家族構成について※可能であればご年齢も教えてください	[記入例] 父(62)、母(60)、兄(32)、自分、妹(27)	
ご家族や親戚の方で心療内科等で診断を受けておられる方はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる→どなたが ( ) 病名 ( )	
現在のご職業は		

以下、当てはまるものにチェックを入れてください。複数チェックしていただいても構いません。

○睡眠	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> 不規則になりがち <input type="checkbox"/> その他 ( )
○睡眠時間	(起床) 時頃 (就寝) 時頃
○食生活	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 食べ過ぎてしまう <input type="checkbox"/> 食事のタイミングが不規則になりがち <input type="checkbox"/> その他 ( )
○酒・たばこ	酒…1週間に ( ) 日飲む。 たばこ…1日に ( ) 本吸う。
○今までかかった身体のご病気、手術歴など	
○体調面でお困りのこと	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 生理痛 <input type="checkbox"/> その他 ( )
○健康のために気を付けていることはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )