

# ことに白坂メンタルクリニック問診票

記入日： 年 月 日

来院日： 年 月 日

記入者名： _____		続柄(本人・その 他 _____ )	
受 診 者	氏名： _____	生年月日： 和暦 T・S・H・R 年 西暦 _____ 年 月 日( _____ 歳)	男・女
	住所：〒 _____		
	TEL ( _____ ) / 携帯電話 ( _____ )		
緊急連絡先名： _____ 続柄 _____			
住所： _____			
TEL ( _____ ) / 携帯電話 ( _____ )			

<以下の項目にご回答をお願い致します。記入したくない項目や分からない項目はそのままで結構です。尚、当院は個人情報保護法を遵守しております。>

【2026年3月作成】

1.お困りの症状・問題についてお伺いします。以下、年は西暦でお答えください。

1)相談の内容をご記入ください(複数記述可)

その他 例：自分は問題ないと思うのだが、最近明るすぎると言われて...

2)1)で記入された症状はいつ頃からありますか。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月ごろ( \_\_\_\_\_)歳ごろから

その時の様子を簡単に記入して下さい。きっかけになるような出来事もあればそれもお書き下さい。

3) 今までに心療内科・精神科に受診されたことはありますか？

かかった順にご記入下さい(だいたいで結構です)。

- \_\_\_\_\_年 月( )歳～ \_\_\_\_\_年 月( )歳 病院(通院・入院)・クリニック
- \_\_\_\_\_年 月( )歳～ \_\_\_\_\_年 月( )歳 病院(通院・入院)・クリニック
- \_\_\_\_\_年 月( )歳～ \_\_\_\_\_年 月( )歳 病院(通院・入院)・クリニック
- 今も受診中： \_\_\_\_\_年 月( )歳から 病院・クリニック

診断名は聞いていますか？ いない・いる(診断名 \_\_\_\_\_)

4) 今までに大きな病気、怪我、入院の経験はありますか？

かかった順にご記入下さい(だいたいで結構です)。

- \_\_\_\_\_歳～ \_\_\_\_\_病名( \_\_\_\_\_ )
- \_\_\_\_\_歳～ \_\_\_\_\_病名( \_\_\_\_\_ )
- \_\_\_\_\_歳～ \_\_\_\_\_病名( \_\_\_\_\_ )
- 現在服薬中のお薬がありましたら、お書きください。

2. これまでの生活について教えてください。

1) どちらの地域でお生まれになりましたか？

.....国 .....都・道・府・県 .....市・区・町・村

2) ご家族についてお伺いします。

両親・兄弟

続柄	年齢	健康状態	同居の有無	職業	居住地
例：父	例：70歳	例：うつ	例：別居(単身赴任を含む)	例：元製造業会社員	例：福岡県
	歳		同居・別居・離婚・音信不通・死去		
	歳		同居・別居・離婚・音信不通・死去		
	歳		同居・別居・離婚・音信不通・死去		
	歳		同居・別居・離婚・音信不通・死去		
	歳		同居・別居・離婚・音信不通・死去		

配偶者・子ども

続柄	年齢	健康状態	同居の有無	職業	居住地
例：長男	例：16歳	例：不登校	例：同居	例：●●高校2年生	例：渋谷区
	歳		同居・別居・離婚・音信不通・死去		
	歳		同居・別居・離婚・音信不通・死去		
	歳		同居・別居・離婚・音信不通・死去		
	歳		同居・別居・離婚・音信不通・死去		
	歳		同居・別居・離婚・音信不通・死去		

3) 学歴についてお書き下さい。

【学校名】

- \_\_\_\_\_ 中学校( 公立 / 私立 ) 卒業 転校( あり / なし )  
( 特別支援学級(旧特殊学級) = 心障・情緒 / 特別支援学校(旧養護学校) )
- \_\_\_\_\_ 高校( 公立 / 私立 ) 卒業 在学中( \_\_\_\_\_ 年生) / 卒業 / 中退( \_\_\_\_\_ 年時) \_\_\_\_\_ 科  
( 全日制 / 定時制 / 通信制 ) 転校( あり / なし )
- \_\_\_\_\_ 大学 / 短大 / 専門学校 在学中( \_\_\_\_\_ 年生) / 卒業 / 中退( \_\_\_\_\_ 年時) \_\_\_\_\_ 科
- \_\_\_\_\_ 大学院( 修士 / 博士 ) 在学中( \_\_\_\_\_ 年生) / 卒業 / 中退( \_\_\_\_\_ 年時) \_\_\_\_\_ 科
- その他 \_\_\_\_\_

4) 職歴についてお書き下さい。

- ① \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月( \_\_\_\_\_ )歳～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月( \_\_\_\_\_ )歳 職業： \_\_\_\_\_ 業種： \_\_\_\_\_
- ② \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月( \_\_\_\_\_ )歳～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月( \_\_\_\_\_ )歳 職業： \_\_\_\_\_ 業種： \_\_\_\_\_
- ③ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月( \_\_\_\_\_ )歳～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月( \_\_\_\_\_ )歳 職業： \_\_\_\_\_ 業種： \_\_\_\_\_
- ④ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月( \_\_\_\_\_ )歳～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月( \_\_\_\_\_ )歳 職業： \_\_\_\_\_ 業種： \_\_\_\_\_
- ⑤ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月( \_\_\_\_\_ )歳～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月( \_\_\_\_\_ )歳 職業： \_\_\_\_\_ 業種： \_\_\_\_\_

※現職中 / 休職中( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～)

5) ご結婚についてお伺いします。

結婚歴 なし・あり( \_\_\_\_\_ 回) 結婚時年齢( \_\_\_\_\_ )歳  
 【現在】 \_\_\_\_\_ 婚姻中・離婚・死別・その他( \_\_\_\_\_ )

3. 現在の生活について

- 1) 夜は眠れますか? 眠れる・眠れない 平均 \_\_\_\_\_ 時間位
- 2) 食欲はありますか? ありすぎる・ある・ない
- 3) 体調に異常はありますか?

4) 今までに内服したことのある精神科薬剤(抗うつ薬・抗不安薬など)を教えてください。

- ① 薬剤名 \_\_\_\_\_ mg/日
- ② 薬剤名 \_\_\_\_\_ mg/日

③薬剤名\_\_\_\_\_mg/日

4.女性の方にお伺いします。

- 1)現在妊娠されていますか？ はい・いいえ・分からない  
2)最終月経はいつですか？ \_\_\_\_\_年 月 日頃

5.嗜好品についてお答え下さい。

- ・たばこ 吸う・吸わない( \_\_\_\_\_ 本/日)  
・アルコール 飲む・飲まない( \_\_\_\_\_ /日)

6.今までアレルギー(特に薬物アレルギーを指摘されたことはありますか？

いいえ はい→下の表に書いて下さい。

アレルギーの原因	症状	時期
例：ペニシリン系抗生剤	例：薬疹	例：平成2年頃ないし〇〇歳

7.当院で治療するにあたり希望することなどあれば、下記にお書き下さい。

ご記入ありがとうございました。

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ご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算

(初診時) 加算1 4点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)