

# コブラホームクリニック問診票

記入年月日： 年 月 日  
代筆者名： (続柄： )

フリガナ					
本人氏名：	_____				性別：男・女・その他 ( )
生年月日：	年	月	日	年齢： ( ) 歳	
住所：	〒	—	_____		
連絡先：	自宅 ( ) 携帯 ( )				( )
緊急連絡先：	お名前 ( ) 続柄 ( ) 連絡先 ( )				( )

\*患者様の状態を可能な限りしっかりと把握するため、分かる範囲でご記入をお願いします\*

1. どのような心配ごとやお困りごとで来院されましたか？また、それはいつごろからですか？  
できるだけ具体的にお書きください。

例：1か月前に部署異動をしてから、気持ちが落ち込むことが増えた。1週間前から寝つきが悪くなり、朝起きると動悸がするようになった。

2. ご希望の治療内容に○をつけてください(※複数回答可)

診断 ・ 診断書の交付 ・ 検査(心理検査、血液検査など) ・ 家族としての関わり方の相談  
お話しでの治療(カウンセリングなど) ・ 薬による治療 ・ その他 ( )

3. これまでに、精神科・心療内科を受診されたことはありますか？または、現在も通院されてますか？  
年齢、通院先、診断名についてお書きください

例) 18歳~20歳 コブラホームクリニック うつ病

4. これまでに身体面の病気をしたことはありますか？または、現在も治療中ですか？

例) 2歳~10歳 喘息

5. 現在内服しているお薬がありましたら、お答えください。

6. お薬や食べ物によるアレルギーはありますか？

なし ・ あり(食品名・薬品名・症状： )

7. 嗜好品や薬物使用歴についてお答えください。

・タバコ：吸わない ・ 吸う ( 本/日)  
・アルコール：飲まない ・ 飲む (例：ビール350ml缶1本を2日/週 )  
・覚せい剤など薬物の使用歴：なし・あり ( 薬物名： 使用期間： )

※裏面もご記入ください

8. ご家族や親せきの方で、心療内科や精神科に受診したことがある方はいらっしゃいますか？  
いない ・ いる（どなたですか？： \_\_\_\_\_ 疾患名： \_\_\_\_\_）

9. 現在の健康状態についてお答えください。

- ・身長（ \_\_\_\_\_ ）cm 体重（ \_\_\_\_\_ ）kg
- ・食欲： 良好 ・ 食欲不振 ・ 過食 ⇒ この1か月の体重の増減（ \_\_\_\_\_ ）kg 増 ・ 減
- ・睡眠： 良好 ・ 不眠（睡眠平均時間： \_\_\_\_\_ ）  
⇒不眠の方は該当するものに○をつけてください（※複数回答可）。  
寝つきが悪い ・ 朝早く目が覚める ・ 夜中に何度も目が覚める

10. 成育歴・学歴・職業についてお答えください。

- ・出生地（ \_\_\_\_\_ ） ・主な成育地（ \_\_\_\_\_ ）
- ・最終学歴： 中学 ・ 高校 ・ 専門学校 ・ 大学 ・ 大学院（修士・博士）  
（学校名： \_\_\_\_\_ ）  
⇒卒業 ・ 在学中 ・ 中退
- ・職歴：（ \_\_\_\_\_ ）歳～（ \_\_\_\_\_ ）歳 職業（ \_\_\_\_\_ ）  
（ \_\_\_\_\_ ）歳～（ \_\_\_\_\_ ）歳 職業（ \_\_\_\_\_ ）  
（ \_\_\_\_\_ ）歳～（ \_\_\_\_\_ ）歳 職業（ \_\_\_\_\_ ）

11. ご家族についてお答えください。

- ①ご両親： 父（ \_\_\_\_\_ ）歳 / 健在 ・ 死去 \_\_\_\_\_ 母（ \_\_\_\_\_ ）歳 / 健在 ・ 死去
- ②兄弟姉妹： なし ・ あり（ \_\_\_\_\_ 人中 \_\_\_\_\_ 番目）（兄 \_\_\_\_\_ 名、姉 \_\_\_\_\_ 名、妹 \_\_\_\_\_ 名、弟 \_\_\_\_\_ 名）
- ③結婚の有無： 未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）
- ④子供の有無： なし ・ あり（例：男10歳 \_\_\_\_\_ ）
- ⑤同居の方： なし ・ あり（例：父、妻、長女 \_\_\_\_\_ ）

12. 女性の方におうかがいします。

- 月経周期： 規則 ・ 不規則 ・ 閉経
- 妊娠の可能性： あり ・ なし

13. このクリニックをどちらで、または何でお知りになりましたか？または、どちらからの紹介ですか？

[ \_\_\_\_\_ ]

14. その他、治療へのご希望やご質問などお伝えしたいことがありましたらご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

\*ご協力ありがとうございました\*