# はしもとメンタルクリニック問診表

記入者:本人・その他(　　)

| | |
|---|---|
| ふりがな<br>お名前 | 性別　男・女 |
| 生年月日　M・T・S・H　　年　　月　　日 | 年令　　才 |
| 〒<br>住所　　電話　　(　　) | |

1　ご相談したい内容に○をつけてください。いくつでも○をつけても大丈夫です.

やる気がでない　ゆううつ　疲れやすい　集中できない　　眠れない

イライラする　　会社(学校)にいくのが億劫　食欲がない　死にたい気持ちがある

不安になる　動悸がする　頭痛(頭が重い)がする　些細なことが気になってしまう

緊張が激しい　外に出られない　バスや電車に乗れない

興奮が強い　人を信じられない　体に違和感がある　言動がおかしい

物忘れがある・認知症が心配

その他(ご自由におかきください)

2　いつ頃からそのようになりましたか？

昭和・平成　　年　　月(　　日)頃

3　そのことで受診した病院やクリニックをお書きください

病院・医院　　昭和・平成____年____月から

クリニック　　昭和・平成____年____月まで

病院・医院　　昭和・平成____年____月から

クリニック　　昭和・平成____年____月まで

病院・医院　　昭和・平成____年____月から

クリニック　　昭和・平成____年____月まで

病院・医院　　昭和・平成____年____月から

クリニック　　昭和・平成____年____月まで