

# メンタル問診票

秘

ご記入いただいた個人情報は、当院での診療行為に関してのみ使用いたします。事前にご相談者様の同意なく第三者に開示、情報の漏えいをすることはありません。また、書ける範囲の内容で結構です。

■同居しておられるご家族はどなたですか？（家系図をお書きいただいても結構です。）

■ご家族・ご親戚の中に、次の病気にかかった・かかっている方がいらっしゃるようでしたら、○を付けてください。

うつ病・双極性障害・統合失調症・自閉性障害・注意欠陥多動症・学習障害  
知的障害・その他の精神疾患( )

■出生時、子どもの頃のことについてお尋ねします。あてはまるところに○をつけてください。

出生時の異常所見（帝王切開・未熟児など） ない ・ ある ( )  
幼少児期に指摘されたこと ない ・ ある ( )

■ご自身の性格や特徴について好きなおところ嫌いなおところに分けてお書きいただければと思います。

[好きなおところ]

[嫌いなおところ]

■ご両親について、あなたにとってどんな人が、お書きいただければと思います。

父

母

■幼い頃はどんな風に育ちましたか？（楽しかったこと・辛かったこと・思い出に残ることをお書きください）

■学生時代の生活はどのような感じでしたか？（楽しかったこと・辛かったこと・思い出に残ることをお書きください）

■現在どのような悩みを抱えていらっしゃいますか？（書ききれない場合は裏面をお使いください）

■これまでかかったことのある医療機関を教えてください。

医療・相談機関名	病名	期間
		年 月 ~ 年 月

■今までの学歴・職歴について、だいたいの年月をお書きください。最終学歴からで結構です。

学校名・企業名	期間
	年 月 ~ 年 月

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。受付へお出しください。