

問診票 ～初めて診察を受けられる方へ～ 初診日 西暦_____年__月__日

氏名_____様 (____歳)

電話番号(____—____—____)(自宅・携帯・職場・その他(____))
必要時に当院より連絡しても良い番号をご記入ください。

本日の診察に付き添われている方のお名前(____様) 受診者とのご関係(____)

1. 当院へは、どのような経緯で受診を決めましたか？(○で囲んでください。)

(本人の希望 / 家族の勧め / 知人の勧め
職場の勧め / その他())

2. 現在の健康状態についてお答えください。

【 ころ・行動の症状 】 (○で囲んでください。複数選択可)

1. 気持ちが沈む / 2. ゆうつ / 3. 不安な感じがする / 4. 落ちつかない
5. よく涙がでる / 6. イライラする / 7. 自信がない / 8. 死にたくなる
9. いつも緊張している / 10. 周囲の目が気になる / 11. 忘れ物、無くし物が多い
12. 集中力が続かない / 13. なんとなく周囲が変わった感じがする
14. 仕事または学校に行くのがおっくう / 15. 性格が変わったと言われる
16. 対人関係がうまくいかない / 17. 考えがまとまらない / 18. やる気がでない
19. 嫌がらせをされている / 20. 気になる事を何度も確認してしまう
21. 時間が守れない / 22. 大きな音が苦手 / 23. 発達障害ではないかと思う
24. 過去の事を考える / 25. 暴力をふるってしまう / 26. 元気が良すぎる
27. 人を避け部屋に閉じこもる / 28. お喋りになった / 29. お酒がやめられない

【 からだの症状 】 (○で囲んでください。)

* 眠りについて 就寝時間：_____時頃 / 起床時間：_____時頃
(よく眠れる / 不眠がある / 寝過ぎてしまう)

“不眠がある”とお答えの方

(寝つきが悪い / 途中で目が覚める
朝早く目覚める / 眠りが浅い / ぐっすり寝た気がしない)

* 食欲について (食欲が減っている / 食欲が増えている / 問題ない)

- * 体重について 現在 _____ kg
 ここ2～3カ月で体重は (_____ kg増えた / _____ kg減った / 変わらない)
- * 便秘について (良い / 悪い)
 “悪い” とお答えの方 → (下痢気味 / 便秘気味 / 下痢と便秘を繰り返す)
- * その他の自覚症状 (体がだるい / 疲れやすい / 頭痛 / 肩こり
 胸がどきどきする / めまい / 吐き気 / 息苦しくなる)

3. 現在お困りの症状や、相談事をご記入ください。

→上記の症状はいつ頃からですか? _____年____月____日 頃から

- * きっかけとなる出来事がありましたか? (ない / ある)
 “ある” とお答えの方は、きっかけとなった出来事をご記入ください。

- 前ページの現在の健康状態の【こころ・行動の症状】【からだの症状】のように以前にも今回と同じような症状が出た事がありますか?
 (ない / ある)
 “ある” とお答えの方 → _____年頃 / 症状・・・(_____)

・その時に治療を受けましたか?

(受けない / 受けた)

“受けた” とお答えの方 → いつ頃ですか? _____年____月ごろ

・受診した病院 (_____)

・受けた治療 → (薬物療法 / 入院 / カウンセリング / 心理検査)

4. 今までにかかった主な身体の病気やケガについてお答えください。

(○で囲んでください。複数選択可)

糖尿病 / 高血圧症 / てんかん / 脂質異常症 / 脳梗塞 / 緑内障
 がん () / 心臓病 / その他 ()

* 薬や食べ物などのアレルギーについて

(ない / ある) (種類 _____)

* 現在服用されているお薬はありますか? (ない / ある)

※お薬手帳・薬剤情報用紙をご持参の場合は受付にご提出ください。

* 嗜好品について

・タバコ (吸う → 1日__本)
 (吸わない → ずっと / 禁煙中 / やめた__年前)

・アルコール 飲む (種類: _____ / 1日に_____ml)
 機会があれば飲む / まったく飲まない

* 女性の方にお伺いします。

・現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか?
 (いいえ / はい) → (妊娠中 / 妊娠の可能性あり / 授乳中)

・月経周期について (不順 / 順調 (約_____日周期) / 閉経 (____才))

・出産について (ない / ある (出産回数__回・流産__回) 中絶__回)

5. 教育・生活史についてお答えください。

* 出生地 (_____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村)

* 生家の職業 (_____)

* 最終学校名 (_____) 大学院・大学・短大・専門学校・高校・中学校
 (卒業 / 中退)

* 成績について (上 / 中 / 下)

* 職歴 古い順に ・ (_____ 年 ~ _____ 年まで 職業: _____)
 ・ (_____ 年 ~ _____ 年まで 職業: _____)
 → 現在 ・ (_____ 年 ~ 職業: _____)

* 結婚歴 (未婚 / 結婚 (____才) / 離婚 (____才))

6. 性格についてお答えください。 (○で囲んでください。複数選択可)

1. 明朗活発 / 2. 真面目 / 3. 責任感が強い / 4. 几帳面 / 5. 話し好き
 6. おひとよし / 7. 世話好き / 8. 熱しやすい / 9. 負けず嫌い
 10. 頑固 / 11. 短気 / 12. 内気 / 13. わがまま / 14. 依存的
 15. しつこい / 16. 神経質 / 17. 社交的 / 18. 非社交的 / 19. 完璧主義
 20. 凝り性 / 21. けっぺき / 22. 物静か / 23. 繊細 / 24. おくびょう
 25. 派手好き / 26. 大げさ / 27. 好き嫌いが激しい
 28. 暗示にかかりやすい / 29. その他 ()

7. 趣味や楽しみについてお答えください。

* 趣味 ()

* 楽しみにしている事 ()

8. ご家族についてお答えください。

* 父親____才 (健在 / 死別 / 離婚) * 母親____才 (健在 / 死別 / 離婚)

* ご自身を含む兄弟姉妹の人数 (____人) → ご自身は (上から____番目)

* 配偶者 (有 / 無)

* 子どもの人数 (____人)

* 現在 (____) 人暮らし

* お住まい
(借家 / 持ち家 / その他 (____))

※家系図 (スタッフが後ほど記入します)

9. 福祉制度・サービスを利用されている方はご記入ください。

* 自立支援医療 (利用なし・利用あり → 有効期限____年____月____日)

* 精神障害者保健福祉手帳 (利用なし・利用あり → ____級・有効期限____年____月____日)

* 障害年金 (利用なし・利用あり → ____級)

～ ご記入ありがとうございました ～