

はじめて当院におかかりになる患者様へ…

【 問診票 】

患者様の状況をしっかり把握して診察させて頂くため、質問が多くなっております。

ご記入いただける範囲で結構です。また、診察時にお聞きになりたいことやご希望などございましたら、遠慮なくご記入ください。ご協力おねがいいたします。

フリガナ お名前		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
身長： c m	体重： k g	職業：	

1. この問診票を記入しているのはどなたですか？

ご本人 家族（ ） その他（ ）

2. 今回の受診はどなたのお考えによるものですか？

ご自身から 家族からのすすめ 知人・友人からのすすめ 職場からのすすめ

3. お困りの症状、状況はどのようなものですか？

（ ）年（ ）月頃 もしくは（ ）歳頃から

現在お困りの症状について、当てはまるものに☑してください。

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> よく眠れない | <input type="checkbox"/> 眠りすぎる | <input type="checkbox"/> 疲れやすい |
| <input type="checkbox"/> 意欲が出ない | <input type="checkbox"/> おっくう | <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む |
| <input type="checkbox"/> 不安 | <input type="checkbox"/> 胸がドキドキする | <input type="checkbox"/> 息苦しくなることがある |
| <input type="checkbox"/> 変に汗をかく | <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない | <input type="checkbox"/> 集中力がない |
| <input type="checkbox"/> テレビを見ても内容が頭に入らない | <input type="checkbox"/> 好きなことをしても楽しくない | |
| <input type="checkbox"/> 世の中のことや家族のことなどに興味がなくなった | | <input type="checkbox"/> よく涙が出てしまう |
| <input type="checkbox"/> イライラしてしまう | <input type="checkbox"/> 気持ちが焦りやすい | |
| <input type="checkbox"/> 怒りやすい | <input type="checkbox"/> 人に対して怒鳴ってしまう | |
| <input type="checkbox"/> 暴力をふるってしまう | <input type="checkbox"/> 周りの人が自分の悪口を言っている | |
| <input type="checkbox"/> 見張られている | <input type="checkbox"/> いつも嫌がらせされている | <input type="checkbox"/> 音に敏感 |
| <input type="checkbox"/> 光に敏感でまぶしい | <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 食欲の亢進 |
| <input type="checkbox"/> 食べ過ぎてしまう | <input type="checkbox"/> 少食過ぎる | <input type="checkbox"/> アルコール依存傾向 |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 肩こり | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 |
| <input type="checkbox"/> むくみやすい | <input type="checkbox"/> 冷え性 | |
| <input type="checkbox"/> 月経前に体調、気分が悪化する | <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい | |

その他

--

4. 現在までの症状・状況の変化はどうでしたか？

例：だんだん悪くなってきた、良くなってきたが最近また辛くなってきた、等

5. ご自身が考えるきっかけ、原因はどのようなものですか？

6. 睡眠について詳しく教えてください。

① 眠れていますか？

普通

眠れない（ 寝つきが悪い 途中で目が覚めて浅い 早く目が覚める）

眠りすぎる（ 起きられない 日中眠くて仕方がない 寝ても疲れが取れない）

② 平均的な睡眠のパターンはどのような感じですか？

布団に入る（ ）時頃 眠りにつく（ ）時頃

完全に目が覚める（ ）時頃 布団を出る（ ）時頃

途中で目が覚める場合、その回数（ ）回

その後すぐにまた眠れますか？ はい いいえ

7. 食事について詳しく教えてください。

① 食欲

普通 食べたくない 食べられない 食欲がありすぎる

② 体重

変わらない 減っている（3ヶ月で kg） 増えている（3ヶ月で kg）

8. これまでに精神科・心療内科の薬を服薬したことがありますか？

ある ない

ある場合、わかる範囲でお答えください。

効果があった薬（ ）

効果がなかった薬（ ）

副作用が出て合わなかった薬（ ）

その他（ ）

9. 前項の薬はどちらで処方していただいたものですか？

()年()月～()年()月 医療機関名() 入院 外来
()年()月～()年()月 医療機関名() 入院 外来
()年()月～()年()月 医療機関名() 入院 外来

10.ご家族、ご親族に精神科・心療内科の病気のある方がいますか？(ご血縁の方)

ご関係() 病名・症状など()
ご関係() 病名・症状など()

11.ご自身の性格として当てはまると思うものに☑してください。

内向的 社会的 神経質 いい加減
短気 怒りっぽい 気が長い 責任感が強い
頑張りすぎる 他人に気を使いすぎる 飽きっぽい

12.以下の病気にかかれたことはありますか？

糖尿病(内服：あり なし インスリン：あり なし)
高血圧 心臓疾患() 緑内障 肝臓疾患
脳に関する病気()
大きなケガ、事故()

※いつ頃かかれたかもご記入ください。

13.現在かかられている医療機関と服用されているお薬があれば教えてください。

医療機関() 薬の名前()
医療機関() 薬の名前()
医療機関() 薬の名前()

14.薬、食べ物によるアレルギーがあれば教えてください。

薬、食べ物() 症状()
薬、食べ物() 症状()
薬、食べ物() 症状()

15.ご家族について詳しく教えてください。

① ご両親 [父] ()歳 [母] ()歳
ご両親が亡くなられている場合(例 父・脳梗塞により65歳：)
ご両親の離婚歴 あり(ご自身が何歳の時：) なし
② 兄弟姉妹 なし あり (人きょうだいの 番目)
③ ご自身の結婚 未婚 既婚()歳 離婚()歳 再婚()歳
④ 子ども なし あり (例 男12歳、女6歳：)
⑤ 現在同居している方 なし あり(例 父、母、兄 等：)

16.教育歴・職歴について詳しく教えてください。

①最終学歴

中学校 高校 専門学校 短期大学 大学 大学院 ⇒ 中退 在学中 卒業

②職歴

() 歳～() 歳 職業()
() 歳～() 歳 職業()
() 歳～() 歳 職業()
() 歳～() 歳 職業()

③現在休職中の方

() 年() 月より休職中
病名() 期限() 年() 月まで
健康保険組合からの傷病手当金の受け取り あり なし
会社の休職の最終期限はいつまでですか？() 年() 月まで

17.アルコール、タバコ等について教えてください。

① アルコール

ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む(1日 を 杯・本 くらい)

②タバコ

吸わない 吸う(歳から、1日 本くらい)

③その他(違法薬物・シンナー等)

使用歴なし 使用歴あり(薬物名： 期間： ～)

18.※女性の方：妊娠されている、あるいはその可能性はありますか？

あり(週目) なし

19.診察時にお聞きになりたいことや、ご希望があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。