

問診表

初めて当院を受診される方に問診表の記入をお願いしています。診療申込書を兼ねていますので、1枚目は必ずご記入ください。2枚目以降のご記入にもご協力をお願いいたします。

記入日 年 月 日 記入した方 本人・その他() ご関係をご記入ください

(ふりがな) 氏名	男 女	大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)
住所	〒 ー		
自宅電話		携帯電話	
職場/学校名			
緊急連絡先	氏名： (続柄)		
	住所：		
	電話：		
* 自宅や緊急連絡先へご連絡の際にクリニック名を名乗ってもよろしいですか？			可・不可
診療明細書（診療の点数が書かれたもの） ⇒ 必要 ・ 不要			
* 当院では患者さんの間違いを防ぐために、 <u>お名前でお呼びしております</u> が、希望されない場合は職員にお申し出ください。番号でお呼びします。			
* ご提供いただいた個人情報診療の目的以外には使用いたしません。			

当院をどちらでお知りになりましたか？

ホームページ・電柱広告・知人やご家族の紹介・その他()

1. 症状についてあてはまるものに○をつけてください。ない場合はその他の欄に書いてください。

- 落ち込む・気分が上がる・気分の波が大きい・イライラする・意欲がない・集中できない
- 物忘れ・頭が働かない・おっくう・疲れやすい・趣味が楽しめない・食欲がない・体重減少
- 食べ過ぎてしまう・体重増加・自分で吐いてしまう・頭痛・肩こり・めまいや吐き気・体の痛み
- 不安が強い・動悸がする・息が苦しい・人前での緊張が強い・下痢や便秘をしやすい
- アルコール/薬への依存・月経前に体調/気分が悪化・自分を傷つける・死にたくなる
- 鍵の確認や手洗いがやめられない・見張られている・嫌がらせをされる・悪口を言われる
- 寝つけない・何度も目が覚める・朝早く目覚めて寝直せない・昼間に眠くて起きていられない
- いびきがひどい・寝ている間に息が止まる・足がむずむずする・足がピクピク動く
- 夢を見て暴れる/大声を出す・決められた時刻に起きられない・ケアレスミスや忘れ物が多い
- 片づけができない・じっとしてられない・トラブルを起こしやすい・人との関わりが苦手
- 空気が読めない・感覚が過敏・簡単なお釣りの計算や金銭管理ができない
- その他()

2. いつごろからその症状がみられますか？ また起こりやすい時期や状況がありますか？
きっかけがあればそれも書きください。

3. これまでに心療内科・精神科を受診したことがありますか
ない ・ ある （紹介状をお持ちの方は受付にお渡しください）

____年 ____月～ ____年 ____月 医療機関名
____年 ____月～ ____年 ____月 医療機関名

4. これまでにかかった病気や治療中の病気について、該当するものがあれば○をつけてください。
緑内障・喘息・糖尿病・心臓病・高血圧・前立腺肥大・重症筋無力症・その他（_____）
服用中の薬：ない・ある（_____）
薬や食べ物のアレルギー：ない・ある（_____）

5. 手術を受けたことはありますか？ ない・ある

____年 ____月頃 病名

6. これまでと現在の生活について教えてください

父（____歳）・死亡（____歳），母（____歳）・死亡（____歳） 両親の離婚（____年頃）

兄弟姉妹 いない・いる（_____） 結婚歴 未婚・結婚____歳 離婚____歳

子供 いない・いる（_____） 一人暮らし・同居者（_____）

血縁に精神科で治療中/治療を受けた人は いない・いる（_____）

自殺した人は いない・いる（_____）

学校に行けなくなったことは ない・ある（時期：_____）

最終学歴 学校名（_____） 卒業・中退 成績（上位・中位・下位）

職歴 ____年 ____月～ ____年 ____月 （仕事内容：_____）

____年 ____月～ ____年 ____月 （仕事内容：_____）

休職 ____年 ____月～ ____年 ____月 （原因：_____）

身長____cm 体重____kg この3か月で（やせた・変わらない・太った）____kg位

食事____回/日 食欲（ない/ある） 便通____回/日

タバコ 吸う/吸わない：1日____本 ____歳～ ____年間/禁煙（____年 ____月～）

飲酒 しない・する（ビール・缶酎ハイ・ワイン・日本酒・焼酎・ウイスキー・他：_____）

____本・杯・合 ____日/週 飲み終わる時刻 ____時

カフェイン類（コーヒー・紅茶・緑茶・ウーロン茶・ココア・健康ドリンク・チョコレート）

その他（_____） ____杯・本・枚/日 1日で最後に摂る時刻 ____時

月経 順調／不順／閉経（____年頃～） 妊娠している／ピルを使用している
月経前にイライラ、落ち込み、その他の症状 ない／ある（_____）

平日の睡眠（____：____～____：____） 仮眠 しない・する（____時間）

休日の睡眠（____：____～____：____） 仮眠 しない・する（____時間）

寝付くまでの時間（____分） 中途覚醒（____回／一晩）

過去に昼夜逆転した生活を送った時期がありますか？ ない・ある（時期：____歳～____歳）

当院での診療に希望されることは？（複数回答可）

- 現在の状態について知りたい
- 状態を改善する方法を知りたい
- 薬を処方してほしい
- 薬に関する説明をしてほしい
- 薬を減らしたい
- 薬以外の治療を受けたい（認知行動療法、グループ療法、カウンセリングなど）
- リワークプログラムを受けたい
- セカンドオピニオン希望

その他（_____）