

問診票

受診者氏名： 様 生年月日： 年齢：
ご記入者氏名： 様 ご関係： 電話番号：
住所： 〒

診察の前に以下の内容について、可能な範囲でご記入下さい。ご記入が終わりましたら、受付へこの用紙をお持ちください。その後、お話を伺います。

1. ご来院の目的は、以下のどれに当たりますか。○をつけてください。(複数回答可)

①外来受診・通院 ②入院 ③相談 ④よくわからない

2. 今、どのようなことでお困りですか。(ご来院のきっかけはどのようなことですか)

3. 下記の中に当てはまる症状がありますか。ある場合は○をつけてください(複数可)

1) 症状

- ・頭が痛い ・めまいがする ・吐き気がする ・呼吸が苦しい ・お腹が痛い
- ・寝つきが悪い ・眠れない ・寝すぎてしまう ・食欲がない ・食べ過ぎてしまう
- ・酒を飲み過ぎてしまう ・物忘れが気になる ・夜がおちつかない ・イライラする
- ・怒りっぽい ・急に意識がなくなる ・涙が止まらない ・喜怒哀楽を感じにくい
- ・人と会ったり外に出たりしたくない ・何もする気がおきない ・不安 ・気分が沈む
- ・頭の中が忙しい ・考えや行動がまとまらない ・話が止まらない ・お金を使いすぎる
- ・人にばかにされている気がする ・音や声が聞こえる ・他人の視線がとても気になる
- ・自分の情報がもれている感じがする ・死にたい気持ちがある ・暴言や暴力がある
- ・その他(具体的に)

2) それらはいつ頃からですか。 年 月頃から ・わからない

3) きっかけと思われることはありますか。 → ない ・ ある

具体的に()

※問診票は2枚組です。もう一枚にもご記入お願いします。

問診票

4. 治療歴についてお聞きします。

本日までに、精神科、神経科、心療内科での治療や相談歴がありますか。→ ない・ある

年頃	病院	相談・通院・入院・現在通院中
年頃	病院	相談・通院・入院・現在通院中
年頃	病院	相談・通院・入院・現在通院中

5. 生活・生育歴についてお聞きします。

1) ご出身地(例/川崎多摩区で生まれた。○歳頃町田市へ転居した)

2) 最終学歴(あてはまるところに○をつけてください)

中学・高校・専門学校・大学・大学院 ⇒在学中・中退・卒業・休学中

3) 現在の職業

4) 職業歴 → なし ・ あり

年から	年まで	週に	日、1日	時間
年から	年まで	週に	日、1日	時間

5) ご家族構成を教えてください。

例) 父・母・妹の 4人暮らし

6) アルコールは飲みますか(あてはまるところに○をつけてください)

・ 飲まない ・ 飲む

・ 週に 回くらい

・ 1回に ビール/チューハイ/日本酒/焼酎/ワイン/ウイスキー

その他()を ml/本/杯 位

7) タバコは吸いますか 吸わない ・ 吸う

・ 1日 本位

8) アレルギーがある薬はありますか? → なし ・ あり

ある場合、薬の名前

ありがとうございました。受付へお持ちください。