

問診票

(成人用) 記入者

(続柄)

記入日:

年 月 日

ふりがな	
お名前	
生年月日	昭・平・令 年 月 日 () 才

●今日はどのような症状でこちらに受診されましたか？困っている症状に☑をつけてください

<input type="checkbox"/> 仕事に行けない	<input type="checkbox"/> 学校に行けない	<input type="checkbox"/> 子育てに関する悩み
<input type="checkbox"/> 家族に関する悩み(両親・親族・兄妹・配偶者・パートナー・その他)		
<input type="checkbox"/> 睡眠の問題(過眠・不眠)	<input type="checkbox"/> 食事の問題(過食・食べられない・嘔吐する)	<input type="checkbox"/> 気分の落ち込み
<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 意欲が出ない	<input type="checkbox"/> 不安が強い
<input type="checkbox"/> 動悸がする	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 考えがまとまらない
<input type="checkbox"/> 集中力がない	<input type="checkbox"/> よく涙が出るようになった	<input type="checkbox"/> 人の話の内容が入ってこない
<input type="checkbox"/> 好きなことしても楽しくない	<input type="checkbox"/> 何事にも興味がなくなった	<input type="checkbox"/> イライラする
<input type="checkbox"/> 怒りやすい	<input type="checkbox"/> 暴力を振るう	<input type="checkbox"/> 自傷行為をする
<input type="checkbox"/> 忘れっぽい	<input type="checkbox"/> 身体の痛み(頭痛・腹痛・腰痛・膝痛・背中の痛み)	<input type="checkbox"/> たちくらみ、めまい
<input type="checkbox"/> 薬物使用歴がある	<input type="checkbox"/> アルコールの量をコントロールできない	<input type="checkbox"/> 発達障害ではないか？ ADHD/アスペルガー/学習障害
<input type="checkbox"/> 何回も同じことを繰り返してしまう(手洗い、戸締まり等)	<input type="checkbox"/> ある考えが頭から離れない	<input type="checkbox"/> 些細なことを周囲に何度も質問する
<input type="checkbox"/> 監視されているように感じる	<input type="checkbox"/> 考えが読み取られている	<input type="checkbox"/> 悪口が聞こえる
<input type="checkbox"/> ジェンダーに関するご相談 (診断書なども含む)	<input type="checkbox"/> 月経の前後に気分が安定しない	<input type="checkbox"/> その他

●上記の症状について詳しく教えてください

●それが始まったのはいつ頃ですか？ (年 月頃 または 歳頃)

●きっかけとなった出来事や状況ストレスなど、思い当たることがございましたらお書きください

●今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？（いいえ・はい）

医療機関名	受診日(年齢)	治療内容	相談内容
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	

(他にもある方は下の空欄等に追記してください)

※はいの方は、医療機関からの紹介状はお持ちですか？（いいえ・はい）

●今回の症状で現在飲んでいる薬はありますか？（いいえ・はい）

※はいの方は、処方された薬の残薬はありますか？（いいえ・はい）

残薬がある方は、お薬名と何日分残っているかを、ご記入ください

()

●既往歴に関する質問です

・これまでに大きな病気や怪我、手術の経験はありますか？（いいえ・はい）

糖尿病(歳頃) 心臓病【不整脈含む】(歳頃) 肝炎【治療済みも含む】(歳頃)

ぜんそく(歳頃) 結核【過去の治療・指摘含む】(歳頃) 熱性けいれんやひきつけ(歳ヶ月頃)

てんかん(歳頃から) その他(具体的に:)

手術歴: なし あり

(手術内容:)

・今回の症状以外で、これまでにかかれた病院があれば教えてください。

()年()月～()年()月 医療機関()病名()入院 外来

()年()月～()年()月 医療機関()病名()入院 外来

()年()月～()年()月 医療機関()病名()入院 外来

・今回の症状以外で、普段から飲んでいる薬はありますか？（いいえ・はい）

※はいの方は、お薬の内容をご記入ください

(お薬の内容:)

・薬の内容がわかるお薬手帳や薬剤情報提供書はお持ちですか？（いいえ・はい）

●薬や食べ物でアレルギー反応や副作用が出たことがありますか？（ない・ある）

※あるの方は内容をご記入下さい

たまご 牛乳 小麦 そば 落花生 えび かに その他の食品()

薬(名称→)

●この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか？

健診は受診していない・特定健診を受診した・高齢者健診を受診した

●嗜好品についてお伺いします。

①たばこ 吸わない・吸う(1日 本)

②アルコール 飲まない・飲む(量:)

③薬物 使用歴なし・使用歴あり()

●女性の方のみお答えください。下記で当てはまるものがございましたら○印をつけてください。

妊娠中・授乳中・更年期の症状がある・ピルを飲んでいる

●これまでの生活についてお伺いします。

1)出生地はどこですか? 都・道・府・県

2)学歴・学校生活についてお伺いします。

・()小学校(公・私・その他)(普通級・支援学級・通級)

()年次より支援学級

・()中学校(公・私・その他)(普通級・支援学級・通級)

()年次より支援学級

・()高校(公・私・その他) 中退(年次)・卒

・()専門学校・大学・大学院 学部 年・中退(年時)・卒

3)学校生活で困ったことはありませんか(例:学習面、なんとなく学校に行けなかった、人間関係)

●職業歴(3つ以上ある方は下の空欄等に追記してください)

()歳 ~ ()歳 職業() 正社員・アルバイト 在職中・休職中・退職

()歳 ~ ()歳 職業() 正社員・アルバイト 在職中・休職中・退職

()歳 ~ ()歳 職業() 正社員・アルバイト 在職中・休職中・退職

●ご自身の結婚 : 未婚 既婚()歳 離婚()歳 再婚()歳

●同居のご家族の家族構成を教えてください(例:父、母、兄 など)

●血縁のご家族、ご親族に精神科、心療内科の病気のある方がいますか?

関係() 病名・状態など()

関係() 病名・状態など()

●福祉手帳をお持ちですか? ない・ある

療育手帳(等級:) 精神障害者手帳(等級:) 身体障害者手帳(等級:)

●発達や知能の検査を受けたことがありますか?

ない・ある → 検査を受けた時期(年 月 または 歳頃)

検査を受けた機関()

●マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか？ （ 同意しない ・ 同意する ）

●マイナ保険証持参のお願い （ 持参しない ・ 持参する ）

●当院をどのようにしてお知りになりましたか。○印をつけてください。

- ・ 当院ホームページ
- ・ 他院などからの紹介（施設名 _____ ）
- ・ インターネット検索（Google、ヤフー、その他 _____ ）
- ・ 知人の紹介 [当院の患者様 ・ 患者様のご家族 ・ 職員 ・ その他 _____] (紹介者のお名前: _____)
- ・ 公共機関 [名称: _____]

※ご記入ありがとうございました。診察前に同居者などの家族図をお尋ねいたします。