

問診票

(成人用)

記入者

(続柄

) 記入日

令和

年

月

日

ふりがな	
お名前	
生年月日	昭・平・令 年 月 日 () 才

●通称名がある場合やフルネームで呼ばれたい場合はご記入ください

有 () ・ 無

●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

●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

●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） □高血圧（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 →

●これまでに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

●現在飲んでいる薬があれば、記入して下さい。（お薬手帳があればご提示ください）

●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？

①ない ②ある:具体的に

●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丸をつけてください。

(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でしたか(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

() 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

●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()

●当院をどのようにしてお知りになりましたか。いずれかに○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。