

## 問診票（初めての方へ）

平成 年 月 日

問診表は診察に役立つものです。下記の項目についてご本人または付き添いの方が記入、もしくは○で囲んでください。

ID		生年月日	( )才 ・男・女
フリガナ		血圧	
氏名		同伴者	・なし・ある（ご関係： )

1. 一番お困りのことを教えてください。または一番治したい症状や相談したいことを教えてください。

2. その症状はいつ頃からですか。( 年 月 日頃から) きっかけとなる出来事はありましたか

3. お薬を使用されていれば内容を教えてください。(市販薬も含めて内服・吸入薬・点眼薬など)

4. 生まれてから今までについて当てはまるものに○をつけてください。

- \*生まれたとき      未熟児・発達の遅れ・ひきつけ・けいれん・その他( )
- \*学童期              チック・不登校・ひきこもり・大きなけが・その他 ( )
- \*内科の病気        緑内障・前立腺肥大症・糖尿病・高血圧・高尿酸血症・脂質異常症・脳梗塞  
心臓病・がん・その他 ( )
- \*精神科の病気      うつ病・双極性障害(躁うつ病)・パニック症・統合失調症・強迫症・発達症  
・認知症・その他( )

5. ご家族・ご親戚で病院に受診中の方がおられれば、病名とご関係を教えてください。

6. アレルギーはありますか? ( ・なし      ・あり )

・ある場合 薬や食品(種類 )・花粉      ・アトピー      ・喘息

7. アルコールは? ( ・飲まない      ・たまに飲む      ・よく飲む      ・ほとんど毎日飲む )

8. カフェイン飲料を飲む習慣はありますか ( ・なし      ・ある )

9. タバコは ? ( ・吸う      ⇒ 1日 本くらい      ・吸わない)

10. 最近の状態について、当てはまるものに○で囲んでください。

- ・睡眠はとれていますか? ・睡眠平均\_\_\_\_\_時間
- ・睡眠が悪い ( ・薬を飲んでいる・飲んでいない) ・寝つきが悪い      ・頭痛      ・頭重感・途中で覚める・夢が多い・熟眠感がない・目覚めが早い・眠くて困る (朝・昼) ・首筋や肩がこる
- ・食欲はありますか? ・問題なし (ちょうどよい) ・食欲が減っている・食欲が亢進している
- ・この6か月間に体重変化はありますか?
- ・ほぼ変化ない (2kg以内)      ・減った\_\_\_\_\_kg      ・増えた\_\_\_\_\_kg
- ・便通はどうですか? ・問題なし      ・下痢気味・便秘気味 ( 回/日) ・便秘と下痢を繰り返す

1 1. 性格で当てはまるもの全て○で囲んでください。

- ・明るい・楽天的・社交的・内向的、礼儀正しい・頑固・短期・怒りっぽい・神経質、負けず嫌い
- ・あきやすい・派手好き・わがまま・無口・気むずかしい・あいそがない・交際が狭い・几帳面

1 2. ご家族について

\*父は 健在／死去 母は 健在／死去

\*兄弟姉妹は \_\_\_\_\_ 本人は ( 番目)

\*配偶者 ・いる ・いない

\*子ども ・いる ・いない

\*今、一緒に住んでいる方は誰ですか？

\*治療にあたり、あなたを一番支えてくれる人は誰ですか？

\*血縁者で精神科や心の悩みで相談機関にかかっている方はいますか？

・はい⇒どなたですか？ ( )

病院名、診断名、症状の内容など ( )

・いいえ

1 3. 最終学歴 (小学校・中学校・高校・大学・大学院・専門学校)

学校名を教えてください ( )

\*職歴 (年数)

( )

\*趣味 ( )

1 4. 女性の方にお尋ねします。

・妊娠されていますか？ はい ( カ月) ・可能性あり ・いいえ

・現在授乳中ですか？ はい ・いいえ

1 5. その他、何かお困りのことや、医師に聞きたいこと、治療についてご希望などがありましたら、ご記入ください。

( )

\*初めての方は診察に時間がかかる場合があるため、診察の順番が変わることがあります。あらかじめご了承ください。また何かお気づきの点がございましたらスタッフへお気軽にお申し出ください。