

問診表

ID _____

* 下記事項はすべて診察上大変重要な内容です。カルテ同様、病院の外部には一切出ることはありません。
ご面倒ですが、以下ご記入・該当項目を○で囲んでください。

(ふりがな) _____ (代筆の場合)
記入者続柄 _____

氏名 _____ 男・女 生年月日 昭和 平成 _____ 年 月 日 (歳)

〒 _____ 住所 _____ 自宅
電話番号 _____

身長 ()cm 体重 ()kg 携帯番号 _____

1. 今日はどうされましたか? _____

2. あてはまるものにチェックを入れてください。

- | | | | | |
|----------|---------|-----------|------------|-----------|
| ・頭痛 | ・耳鳴り | ・吐き気 | ・動悸 | ・ふるえ |
| ・しびれ | ・のぼせ | ・下痢 | ・便秘 | ・腹痛 |
| ・ひきつけ | ・気を失った | ・発熱 | ・言葉がもつれる | ・眠れない |
| ・食欲がない | ・性欲がない | ・イライラする | ・気が重い | ・物忘れ |
| ・しゃべりすぎる | ・不安 | ・興奮 | ・乱暴 | ・外に行きたくない |
| ・やるきがしない | ・集中力がない | ・死にたい | ・同じことを繰り返す | |
| ・涙が出る | ・元気すぎる | ・変な目で見られる | ・噂される | ・人柄が変わった |
| ・現実感がない | ・何か見える | ・何か聞こえる | ・周りが変わった | |

3. いつ頃から症状が始まりましたか? _____
年 月 日 (または _____ 歳)頃から

4. 今まで心療内科・精神科の治療を受けたことがありますか? ない ・ ある

* 他院で自立支援/精神障害手帳を申請されている方は受付にお申し出ください。

() 病院 () 年() 月～() 年() 月 通院 ・ 入院
() 病院 () 年() 月～() 年() 月 通院 ・ 入院
() 病院 () 年() 月～() 年() 月 通院 ・ 入院

5. アレルギーはありますか? ない ・ ある

食べ物 :

お薬 :

6. お酒は? ①毎日 ②週4-6回 ③週2-3回 ④週1回 ⑤飲まない
ビール ml 日本酒 ml 洋酒 ml

7. タバコは? ①20本/1日以上 ②20本/1日 ③10本/1日 ④5本/1日 ⑤すわない
喫煙歴 年

8. 現在内服中の薬はありますか? ない ・ ある

内容をわかる範囲でお書きください。

[]

9. 最終学歴・職業歴(仕事の内容)

() 卒業 ・ 在学中 (年) ・ 中退

職歴(仕事の内容)

[]

10. 女性の方にお聞きします。

妊娠 なし ・ あり ・ 授乳中

11. 住居・家族について

* 住居は ①自宅 ②借家 ③寮 ④その他 ()

* 同居人は なし ・ あり (本人を含めて 人)

* 一緒に住んでいる家族は 祖父 祖母 父 母 兄弟姉妹 配偶者 子ども(人)

その他

* 兄弟は本人を含めて(人) 本人は(番目)

* 結婚は ①未婚 ②既婚→配偶者の年齢(歳) 子ども(人 年齢:)

③パートナーがいる ④離婚(回) ⑤死別

* ご家族(親族)で神経科・精神科にかかったことのある方はいらっしゃいますか?

いない ・ いる

病名() 続柄() 通院 ・ 入院

病名() 続柄() 通院 ・ 入院

12. これまでかけなかった悩みがあればお書きください。

ありがとうございました。受付へお持ちいただき、番号札をお受け取りください。順番がきましたらお呼びさせていただきます。