

問 診 票

【令和 年 月 日】

※当てはまるものに☑をつけて下さい。書きたくないところは、空欄のまま構いません。

ふりがな		年齢	(ご本人でない場合)	続柄
お名前		歳	記入者氏名	

※来院同伴者の方 なし あり (お名前 _____ 本人との関係 _____)

※受診はどなたの意向によるものですか。 ご自身 (_____) のすすめ

1 治したい症状、お困りのこと、それはいつからかをお書きください。

① _____ (年 月 日ごろから)

② _____ (年 月 日ごろから)

③ _____ (年 月 日ごろから)

*現在までの症状・状況の変化をご記入下さい。

*そのことで受診されたことは? ない ある

① _____ 病院 _____ 科 入院 (年 月 ~ 年 月)

通院 (年 月 ~ 年 月)

② _____ 病院 _____ 科 入院 (年 月 ~ 年 月)

通院 (年 月 ~ 年 月)

③ _____ 病院 _____ 科 入院 (年 月 ~ 年 月)

通院 (年 月 ~ 年 月)

④ _____ 病院 _____ 科 入院 (年 月 ~ 年 月)

通院 (年 月 ~ 年 月)

2 症状チェックリスト：最近の状態について、当てはまるものに☑をつけて下さい。

*身長_____cm / 元来の体重_____kg 最近 (痩せた_____kg / 太った_____kg)

- | | | | | |
|---------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 胃がむかむか | <input type="checkbox"/> 食欲がない(普段の _____%) | <input type="checkbox"/> 食べ過ぎ | <input type="checkbox"/> 吐く | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 胸がドキドキ | <input type="checkbox"/> 立ちくらみ | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 発疹 |
| <input type="checkbox"/> 目がかすむ | <input type="checkbox"/> 尿が出にくい | <input type="checkbox"/> 月経不順 | <input type="checkbox"/> 無月経 | <input type="checkbox"/> 乳汁分泌 |
| <input type="checkbox"/> 性機能障害 | <input type="checkbox"/> じっと座っているのがつらい | <input type="checkbox"/> そわそわする | <input type="checkbox"/> ふらつく | <input type="checkbox"/> つまずきそう |
| <input type="checkbox"/> 熱が出た | 体が勝手に | <input type="checkbox"/> ふるえる | <input type="checkbox"/> 動く | <input type="checkbox"/> ねじれる(口・舌・首・手・足・胴・眼球・その他_____) |

*睡眠平均_____時間 睡眠が悪い(薬を 飲んでも / 飲まないと)

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 寝つき悪い | <input type="checkbox"/> 途中でさめる | <input type="checkbox"/> 夢を見ることが多い | <input type="checkbox"/> 熟睡感がない |
| <input type="checkbox"/> 朝目覚めるのが早すぎる | <input type="checkbox"/> いびき大 | <input type="checkbox"/> 眠くて困る(<input type="checkbox"/> 朝 / <input type="checkbox"/> 昼) | |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 頭が重い | <input type="checkbox"/> 首筋や肩がこる | |

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 人前で緊張 | <input type="checkbox"/> 外出しづらい | <input type="checkbox"/> こだわりが強い | <input type="checkbox"/> 嫌な考えが浮かぶ | <input type="checkbox"/> イライラ |
| <input type="checkbox"/> 不安 | <input type="checkbox"/> あせる | <input type="checkbox"/> 疲れる | <input type="checkbox"/> やる気が出ない | <input type="checkbox"/> 物事を楽しめない |
| <input type="checkbox"/> 孤独感 | <input type="checkbox"/> 口数が減った | <input type="checkbox"/> ゆううつ | <input type="checkbox"/> 夜より朝がつらい | |
| <input type="checkbox"/> みんなに迷惑をかけている | | <input type="checkbox"/> 仕事・家事・学業 が出来ない | | |
| <input type="checkbox"/> 生きているのがいや | | <input type="checkbox"/> 自殺をしそう | <input type="checkbox"/> 自殺を試みた | |

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない | <input type="checkbox"/> 人に見られている感じ | <input type="checkbox"/> 姿が見えないのに声が聞こえる | <input type="checkbox"/> 噂されている感じ |
| <input type="checkbox"/> 興奮する | <input type="checkbox"/> 人や物に当たりそう | <input type="checkbox"/> 怒りっぽい | <input type="checkbox"/> 気分がハイ |
| <input type="checkbox"/> 自傷しそう | <input type="checkbox"/> 記憶が抜け落ちる | <input type="checkbox"/> 不注意なミスが多い | <input type="checkbox"/> 物忘れ |
| <input type="checkbox"/> 意識を失う | <input type="checkbox"/> 家族に無断で出歩く | <input type="checkbox"/> 自分で身の回りのことができない | |

*その他の困った症状・行動

3 これまでの健康状態について

- 難産で生まれた 未熟児で生まれた しばらく泣かなかった ひきつけ/けいれん
頭を強く打った 気を失った 血圧高い 血圧低い
心臓病（ ___才～） 糖尿病（ ___才～） 脳梗塞・脳出血（ ___才～）
感染性疾患（ 肝炎 / 性感染症 / その他 _____ ）
緑内障 前立腺肥大

*アレルギー なし あり（ 薬や食品:種類 _____ / 花粉 / アトピー / 喘息 ）

*妊娠の可能性 ない ある

*タバコ 吸わない 吸う（1日 ___本）

*アルコール 飲まない たまに飲む よく飲む ほとんど毎日飲む

*今までにかかった他の主な病気とその年齢

- | | |
|------------------|------------------|
| ① 病名 _____ (歳) | ④ 病名 _____ (歳) |
| ② 病名 _____ (歳) | ⑤ 病名 _____ (歳) |
| ③ 病名 _____ (歳) | ⑥ 病名 _____ (歳) |

4 お薬について

※お薬手帳を持参されていない場合、服用中のお薬内容・通院中の病院名をご記入ください。

5 元来の性格について（複数チェック可）

- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 明るい | <input type="checkbox"/> 楽天的 | <input type="checkbox"/> あっさり | <input type="checkbox"/> あきやすい | <input type="checkbox"/> 交際がひろい | <input type="checkbox"/> 交際がせまい |
| <input type="checkbox"/> 短気 | <input type="checkbox"/> 無口 | <input type="checkbox"/> 派手好き | <input type="checkbox"/> わがまま | <input type="checkbox"/> 負けず嫌い | <input type="checkbox"/> 気むずかしい |
| <input type="checkbox"/> 頑固 | <input type="checkbox"/> おく病 | <input type="checkbox"/> 怒りっぽい | <input type="checkbox"/> 礼儀正しい | <input type="checkbox"/> 責任感つよい | <input type="checkbox"/> 仕事好き |
| <input type="checkbox"/> 几帳面 | <input type="checkbox"/> ねばる | <input type="checkbox"/> 遠慮深い | <input type="checkbox"/> 自信がない | <input type="checkbox"/> 人にとけ込まない | <input type="checkbox"/> 愛想がない |

*趣味 ない ある _____ *信じている宗教 ない あり _____

6 これまでの生活について

*生まれ育ったところ _____

*学歴 _____ 小学校 ※成績 (□上/□中/□下/□劣) ※□不登校あり
_____ 中学校 ※成績 (□上/□中/□下/□劣) ※□不登校あり
_____ 高等学校 (□卒業/□中退) ※成績 (□上/□中/□下/□劣)
_____ 大学・専門学校 (□卒業/□中退/□在学中/□休学中)

*職業歴 なし あり

() 歳 ~ () 歳 内容 _____ 休職した 時々休んだ
() 歳 ~ () 歳 内容 _____ 休職した 時々休んだ
() 歳 ~ () 歳 内容 _____ 休職した 時々休んだ
※ 現在のご職業 () 歳 ~ 内容 _____ 休職中 時々休む

7 家族・経済状態について

*父: _____ 歳 (健在 / 死去) / 母: _____ 歳 (健在 / 死去)

*兄弟姉妹 ご自身を含めて (_____) 人中、あなたは (_____) 番目

*配偶者 いる (年齢 _____ 歳、職業 _____) いない (未婚 / 離別 / 死別)

*子ども なし あり (男・女 _____ 歳 / 男・女 _____ 歳 / 男・女 _____ 歳 / 男・女 _____ 歳)

*同居者 なし あり (本人との関係 _____・_____・_____・_____)

*血縁者で精神科・神経科・心療内科に受診経験のある人は

なし あり (本人との関係 _____ 病名 _____)

*経済状況 らく 普通 くるしい

*年金の有無 なし あり (老齢年金 障害年金 (_____ 級))

8 サービス利用について

*自立支援申請 なし あり (_____ 歳ごろより)

*障害者手帳 なし あり (身体 _____ 級、精神 _____ 級、療育 A・B)

*介護保険申請 なし あり (要支援: 1・2、要介護: 1・2・3・4・5)
利用しているサービス(_____)