

心療内科問診票

H 年 月 日

フリガナ				性別		
氏名				男 ・ 女		
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	年齢	歳
現住所	〒(-)					
連絡先	緊急連絡先					

※以下の質問は、差し支えのない範囲でご記入いただき、該当する□には✓をお願いいたします。
お答えが難しい箇所は空欄のままで構いません。

1. 本日来院された目的をお聞かせ下さい。

- 今困っている症状について相談したい。
- お薬がほしい。(もしくは、 お薬はできれば飲みたくない お薬は絶対に飲みたくない)
- 書類(診断書等)がほしい。
- 転院を希望している。(情報提供書: あり なし)
- セカンドオピニオンを受けたい。(情報提供書: あり なし)

2. 本日は、どのようなことがお困りで受診されましたか？(いつ頃からどんな症状が出たか等)

※最初に症状が現れたのはいつ頃ですか ____年 ____月 頃から (または____歳頃)

※症状のきっかけと思われることはございますか？

ある (_____) ない

3. 今つらいことは、どんなことですか？(複数チェック可)

- よくねむれない 疲れやすい 体がだるい 気力がない 不安感 胸がどきどきする
- 息苦しくなる 気持ちが落ち込む 考えがまとまらない 集中力がなくなった よく涙がでる
- いらいらする 気持ちが焦りやすい 朝起きるのがつらくなった 元気がよすぎる
- 食欲がない 食欲がありすぎる 頭痛 肩こり めまい 吐き気 下痢または便秘
- もの忘れする 声が聞こえる 周りからいやがらせを受けているように感じる
- 死にたい気持ちになることがある 飲酒をやめられない
- その他(_____)

4. 今までに「精神科」「神経科」「心療内科」などにかかったことはありますか？ はい いいえ
「はい」の方は、以下にご記入下さい。

期間	医療機関名	通院/入院
年 月～ 年 月		通院 ・ 入院
年 月～ 年 月		通院 ・ 入院
年 月～ 年 月		通院 ・ 入院
年 月～ 年 月		通院 ・ 入院

※現在通院中ですか？ はい(診断名: _____) いいえ

裏面に続きます

5. 今まで治療された主なところや身体のご病気、手術歴などについて

なし あり (病名: _____, _____, _____)

※現在治療中のご病気はございますか? なし あり(病名: _____)

6. 元來のご性格はいかがでしたか?(複数チェック可)

内向的 社交的 神経質 あまり細かいことは気にしない 気は長い 短気
 凝り性 あきっぽい 責任感が強い 気を使いすぎる マイペース

7. 生育歴・教育歴・職業歴についておうかがいします。

ご出身 (_____)

最終学歴 (中学校 高校 専門学校 大学 大学院) 卒業 在学中 中退

現在のご職業 (_____)

8. ご家族についておうかがいします。

兄弟姉妹 なし あり (_____人中_____番目) 子供 なし あり (_____人)

結婚歴 未婚 既婚 離婚 現在同居中の方(_____)

※血縁のご家族で「精神科」「神経科」「心療内科」などを受診されたことがある方はおられますか?

なし あり (ご関係:_____ 病名:_____)

9. お薬や食べ物が原因で、発疹や肝障害などのアレルギーを起こしたことはありますか?

なし あり (症状:_____)

10. 以下の病名を診断されたことがございますか?

緑内障 糖尿病 PMS(月経前症候群)

11. アルコールはお飲みになりますか?

毎日(_____を_____杯程度) 週に2~3日(_____を_____杯程度)

週に1日(_____を_____杯程度) ほとんど飲まない

以前はかなり飲んでいた

12. たばこは吸いますか?

吸う(日に_____本)

吸わない

13. このクリニックは何でお知りになりましたか?

ホームページ 会社が近隣 自宅が近隣 パンフレット

紹介 広告(_____) その他(_____)

※ご記入が終わりましたら、受付までご提出ください。

※ご記入いただきました個人情報、診療に関する範囲を超えて利用することはございません。