

初診事前問診票

この問診票は、診察をする上で大切な資料となります。出来るだけ詳しくご記入頂き、受診当日受付にお渡し下さい。

これを書いた方： 本人 ・ 本人以外の場合（氏名： _____ 続柄： _____）

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年
お名前			月	日（ 歳）

1. 以下の項目に該当される方は、必ず☑して下さい。

① 肝炎等の感染症治療歴

ない ある （医療機関名） _____ 現在、通院中

② 糖尿病の治療歴

ない ある （医療機関名） _____ 現在、通院中

③ 緑内障の治療歴

ない ある （医療機関名） _____ 現在、通院中

④ 心疾患等の循環器疾患の治療歴

ない ある （医療機関名） _____ 現在、通院中

2. 上記1以外で、現在、一般の内科等などの通院歴はありますか？

ない ある *ある場合、病名と医療機関名を記載下さい。

（病名） _____ （医療機関名） _____

（病名） _____ （医療機関名） _____

3. お薬や食べ物が原因によるアレルギーはありますか？

ない ある *ある場合（症状） _____

4. これまで、当院以外の心療内科や精神科を受診されたことはありますか？

ない ある *ある場合は、以下に記載して下さい。

____年____月 ~ ____年____月まで	医療機関名： _____	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
____年____月 ~ ____年____月まで	医療機関名： _____	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
____年____月 ~ ____年____月まで	医療機関名： _____	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来

5. 今回、当院を受診希望される理由についてご記入下さい。

(例えば、眠れない・イライラする・ゆううつになる・頭が痛い・診断書作成のためなど)

6. 上記の症状はいつ頃からですか？また、どれくらい続いていますか？（☑複数可）

_____年_____月頃から

いつも ときどき たまに 不定期 その他（ _____ ）

7. 下の項目で、現在当てはまる症状はありますか？（複数☑チェック可）

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 気力がない | <input type="checkbox"/> 気持ちが焦りやすい |
| <input type="checkbox"/> 不安感 | <input type="checkbox"/> 朝起きるのが辛くなった |
| <input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込む | <input type="checkbox"/> 元気がよすぎる |
| <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない | <input type="checkbox"/> 死にたい気持ちになることがある |
| <input type="checkbox"/> 集中力がなくなった | <input type="checkbox"/> 周りから嫌がらせを受けているように感じる |
| <input type="checkbox"/> いらいらする | |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 食欲がありすぎる |
| <input type="checkbox"/> 体がだるい | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 胸がときどきする | <input type="checkbox"/> 肩こり |
| <input type="checkbox"/> 息苦しくなる | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> よく涙が出るようになった | <input type="checkbox"/> 吐き気 |
| <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> 下痢または便秘がひどい |

8. 睡眠について教えてください。夜は良く眠れますか？

はい いいえ *いいえの方は、下の項目にも☑チェック（複数☑チェック可）

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なかなか寝つけない | <input type="checkbox"/> 朝早く目が覚める |
| <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める | <input type="checkbox"/> 眠りが浅い |
| <input type="checkbox"/> 熟睡感が無い | |

* 一日の合計睡眠時間と、おおよその就寝・起床時間を教えてください。

睡眠時間 約（_____～_____）時間程度 就寝：_____時頃 起床：_____時頃

9. 食欲について教えてください。食欲はありますか？

ある ない

10. 体重の変化はありますか？

ない ある *ある場合 (ここ____ヶ月で____kg の 減少・増加)

11. 病気になる前の性格について当てはまるものに☑チェックして下さい (複数☑チェック可)

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 社交的 | <input type="checkbox"/> 苦勞性 | <input type="checkbox"/> びんかん | <input type="checkbox"/> 粘り強い |
| <input type="checkbox"/> 非社交的 | <input type="checkbox"/> 完璧主義 | <input type="checkbox"/> おくびょう | <input type="checkbox"/> 気が強い |
| <input type="checkbox"/> 楽観的 | <input type="checkbox"/> きちょうめん | <input type="checkbox"/> 無口 | <input type="checkbox"/> 自己中心的 |
| <input type="checkbox"/> 悲観的 | <input type="checkbox"/> こり性 | <input type="checkbox"/> すなお | <input type="checkbox"/> 見栄っ張り |
| <input type="checkbox"/> お人好し | <input type="checkbox"/> 強い責任感 | <input type="checkbox"/> 神経質 | <input type="checkbox"/> 派手好み |
| <input type="checkbox"/> ほがらか | <input type="checkbox"/> 仕事熱心 | <input type="checkbox"/> 短気 | <input type="checkbox"/> 好き嫌いが激しい |
| <input type="checkbox"/> 世話好き | <input type="checkbox"/> 物静か | <input type="checkbox"/> しつこい | |
| <input type="checkbox"/> 親しみやすい | <input type="checkbox"/> 変わり者 | <input type="checkbox"/> がんこ | <input type="checkbox"/> けっぺき |
| <input type="checkbox"/> 人情に厚い | <input type="checkbox"/> 冷たい | <input type="checkbox"/> 興奮しやすい | <input type="checkbox"/> 依存的 |
| <input type="checkbox"/> 活発 | <input type="checkbox"/> まじめ | <input type="checkbox"/> 融通がきかない | <input type="checkbox"/> 被暗示的 |
| <input type="checkbox"/> 現実的 | <input type="checkbox"/> 控えめ | | |
| <input type="checkbox"/> 非現実的 | <input type="checkbox"/> せんさい | <input type="checkbox"/> のろま | |

12. 教育歴について教えてください。

最終学歴 _____ 卒業 在学中 中退

13. 職歴について教えてください。現在、お仕事はされていますか？

はい いいえ *『はい』の方は以下の記載もお願いします。

- 現在のご職業・仕事 (_____)
- 平均的な就労時間 (平均 _____ 時間)
- 休日の頻度 (1 カ月 _____ 日程度)

14. これまで、転職されたことはありますか？

なし あり (_____ 回)

- これまでの職歴 (アルバイトを含む) を教えてください。

15. 両親・きょうだい・配偶者・こどもの性別、年齢等を、例を参考に記載し、現在、同居している人を線で囲んで下さい。

(例)

(自分の番号に○をつけて下さい)

両親	1 (男・女) 28才	子ども
父親 72才 (健在・死別・離婚)	② (男・女) 26才	1 (男・女) 3才
母親 70才 (健在・死別・離婚)	3 (男・女) 18才	2 (男・女) 1才
	4 (男・女) 才	3 (男・女) 才
	夫・妻 27才	4 (男・女) 才

ご自身を含む兄弟・姉妹

(自分の番号に○をつけて下さい)

両親	ご自身を含む兄弟・姉妹	子ども
父親 才 (健在・死別・離婚)	1 (男・女) 才	1 (男・女) 才
母親 才 (健在・死別・離婚)	2 (男・女) 才	2 (男・女) 才
	3 (男・女) 才	3 (男・女) 才
	4 (男・女) 才	4 (男・女) 才
	夫・妻 才	

16. ご家族の中で、精神科や心療内科を受診されている方はいらっしゃいますか？

いない いる *いる場合は、分かる範囲で記載をお願いします

父・母・その他 ()	病名 ()	現在 → 通院中	・ 通院していない
父・母・その他 ()	病名 ()	現在 → 通院中	・ 通院していない

17. 嗜好品についてお伺いします。

- 飲酒に関して 飲まない ほとんど飲まない 機会があれば飲む 毎日飲む
- 喫煙 吸わない 吸う (1日あたり__本くらい)

18. シンナー・覚せい剤・大麻・LSD・MDMA など使用したことはありますか？

ある ない

19. ご趣味はありますか？（複数可）

20. (女性の方へ) 月経周期に関して教えてください。 不順 順調 (概ね 日周期くらい)

21. 現在利用している制度・サービスがあればお書きください。

- 療育手帳
- 愛の手帳 (度) 交付年月日 (年 月 日)
診断書発行機関 ()
- その他の福祉制度・サービスの利用 ()

22. 当院への受診で期待するものに チェックをつけて下さい。

- 診断
- 相談 (対応の仕方・就職関連・進学・学校関連)
- 薬物治療
- 診断書発行
- カウンセリング
- 心理検査
- その他 ()

23. 診療にあたって、ご希望などございますか？ (ご自由にご記入下さい)

24. 当院は、どこでお知りになりましたか？

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 他の医療機関から | <input type="checkbox"/> インターネット |
| <input type="checkbox"/> 看板、電柱看板 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 知人から | |

* ご記入いただきました個人情報は、厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。