

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. 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"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 体がだるい | <input type="checkbox"/> 肩こり |
| <input type="checkbox"/> 胸がドキドキする | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 息苦しくなる | <input type="checkbox"/> 吐き気 |
| <input type="checkbox"/> よく涙が出るようになった | <input type="checkbox"/> 下痢または便秘がひどい |
| <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> 趣味が楽しめなくなった |
| <input type="checkbox"/> 食欲がありすぎる | |

2. 今回、当院を受診希望される理由についてご記入下さい。

3. 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（ _____ ）

4. これまで精神科（神経科・心療内科など）に受診や治療を受けたことがありますか？

いいえ はい（可能であれば、医療機関名、症状や病名、時期をご記入ください）

【医療機関名】	【症状・病名】	【通院期間】

5. 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） _____

6. 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） _____

7. （女性の方へ）月経周期に関して教えて下さい。

ほぼ規則的 不順 閉経

妊娠の可能性

なし ある

8. 食欲について教えて下さい。食欲はありますか？

ありすぎる ある ない

9. 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）

10. 睡眠について教えて下さい。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）

なかなか寝つけない

朝早く目が覚める

途中で目が覚める

眠りが浅い

熟睡感が無い

就寝： _____ 時頃 起床： _____ 時頃

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』の方は以下の記載をお願いします。

- 現在の職業 ()
- 主な仕事内容 ()
- 勤続年数 ()

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。

内容	期間 (年 カ月)

15. 嗜好品についてお伺いします。

- 飲酒に関して 飲まない 時々 毎日飲む (1日あたり くらい)
- 喫煙 吸わない 吸う (1日あたり ____ 本くらい)

16. 依存性のある薬物や危険ドラッグ など使用したことはありますか？

例：大麻・覚醒剤・シンナー・市販薬の過量使用など

なし ある ()