

## 問診票

年 月 日記入

ご本人の氏名(ふりがな)

(漢字)

生年月日 大・昭・平 年 月 日( 歳)

住所 電話番号

出生地 同居者(有・無) 未婚・初婚( 歳時)・離婚( 歳時)

現在のご職業 保険 ※生活保護受給中の場合・担当者名 最終学歴 卒・中退

自立支援(有【～年 月】・無) 精神保健福祉手帳(有【 級】・無) 障害年金(有【 級】・無)

緊急時連絡先 氏名 続柄 住所

緊急時電話連絡先① ②

## 1)現在の状態・症状について、当てはまる症状に○をしてください

- 物忘れ ・ 頭が悪くなったように感じる ・ 最近の事が思い出せない  
 イライラ ・ 不安 ・ 胸がドキドキする ・ 息苦しい ・ 何もする気がしない ・ 考えがまとまらない  
 決断できない ・ 集中力がない ・ 死にたい気持ちがある  
 食欲がない ・ 性欲がない ・ 人と会いたくない ・ 疲れやすい ・ 人や世の中に興味がなくなった  
 好きな事でも楽しくない ・ よく涙が出てしまう  
 元気が良すぎる ・ しゃべりすぎる ・ 気が大きくなった ・ 怒り易い ・ 他人に攻撃的になってしまう  
 実際にはないはずのものが見えたり、聞こえたりする ・ うわさをされている ・ いじわるをされている  
 見えるはずのないものが見える ・ 考えが他人に伝わる  
 生活が不規則 ・ 寝つきが悪い ・ 夜中に何度も目が覚める ・ 朝早く目が覚める  
 よく寝た感じがしない ・ 寝すぎる ・ お酒を飲みすぎる ・ 変に汗をかく  
 自分を傷つけることがある ・ たくさん食べて吐くことがある

※その他に困っている症状について

ご本人

ご家族等

## 2)いつごろから症状がはじまりましたか。またはいつごろから症状が重くなりましたか？

症状の始まり 年 月頃(または 歳頃)から

症状が重くなった時期 年 月頃(または 歳頃)から

(裏面へ続きます)

3)症状のきっかけとおもわれることはありますか？

---



---



---



---



---

4)今まで、精神科・心療内科の治療を受けたことはありますか？

受けていた ・ 受けていない

\_\_\_\_\_ 病院に \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月まで 入院・通院 した(診断名 \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ 病院に \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月まで 入院・通院 した(診断名 \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ 病院に \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月まで 入院・通院 した(診断名 \_\_\_\_\_ )

※現在治療中の場合 \_\_\_\_\_ 病院に \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より ( 通院 ・ 入院 )している

5)現在治療中、または今までにかかった、主な病気や怪我について教えてください

糖尿病 (内服: あり・なし      インスリン: あり・なし )・ 甲状腺の病気 ( \_\_\_\_\_ )

高血圧 ・ 心臓疾患 (具体的に \_\_\_\_\_ )・ 緑内障 ・ 腎臓疾患 (具体的に \_\_\_\_\_ )

肝臓疾患 (具体的に \_\_\_\_\_ )・ ぜんそく ・ がん (具体的に \_\_\_\_\_ )

脳に関する病気 (具体的に \_\_\_\_\_ )・ 前立腺肥大 ・ ふらつき

大きな怪我・事故 (具体的に \_\_\_\_\_ )

① \_\_\_\_\_ 歳頃 病名( \_\_\_\_\_ ) 病院名( \_\_\_\_\_ )

現在治療中ですか( はい ・ いいえ ) 治療中の場合 \_\_\_\_\_ 病院

② \_\_\_\_\_ 歳頃 病名( \_\_\_\_\_ ) 病院名( \_\_\_\_\_ )

現在治療中ですか( はい ・ いいえ ) 治療中の場合 \_\_\_\_\_ 病院

③ \_\_\_\_\_ 歳頃 病名( \_\_\_\_\_ ) 病院名( \_\_\_\_\_ )

現在治療中ですか( はい ・ いいえ ) 治療中の場合 \_\_\_\_\_ 病院

6)現在治療中、または今までにかかった、感染症や皮膚疾患について教えてください

B 型肝炎 ・ C 型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV ・ 疥癬 ・ その他の感染症、皮膚疾患 ( \_\_\_\_\_ )

※現在治療中の方⇒(いつから) \_\_\_\_\_ (医療機関名) \_\_\_\_\_

※今までにかかった事がある方⇒(いつ頃) \_\_\_\_\_ (医療機関名) \_\_\_\_\_

7)女性の方へうかがいます

現在妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ ・ わからない  
 生理不順はありますか？ はい ・ いいえ

8)嗜好品についてお尋ねします

お酒は 飲む (頻度: 種類: 量: ) 飲まない  
 飲んでた (いつ頃: 頻度: 種類: 量: )  
 タバコは 吸う (一日 本程度 歳から 年間位) 吸わない  
 吸っていたが今は止めている (いつ頃 一日 本程度)  
 常用薬は ある (薬品名: ) ない  
 その他に麻薬、シンナー、覚醒剤などの使用歴  
 ある (種類: 頻度: ) ない  
 ギャンブル ある (種類: 頻度: ) ない

9) アレルギーについてお尋ねします。

※食物アレルギー: 有 ・ 無 薬剤アレルギー: 有 ・ 無

食物アレルギー:種類( ) その時の症状( )  
 症状が出た時期( 年 月頃 )  
 薬剤アレルギー:種類( ) その時の症状( )  
 症状が出た時期( 年 月頃 )

10)ご家族についてお伺いします

- ① ご両親 [父] ( )歳 [母] ( )歳 両親の離婚歴 あり ・ なし  
 両親が亡くなられている場合(例・父 心筋梗塞により60歳時: \_\_\_\_\_ )
- ②兄弟姉妹 あり ( 人中 番目) なし
- ③ご自身の結婚 未婚 ・ 既婚 ( )歳 ・ 離婚 ( )歳 ・ 再婚 ( )歳 ・ 死別 ( )歳
- ④子供 あり (例・男13歳、女10歳、男7歳: \_\_\_\_\_ ) なし
- ⑤現在同居している方 あり (例・父、母、夫、妻、兄、妹、長男、次女: \_\_\_\_\_ ) なし
- ⑥血縁のご家族、ご親族に精神科、心療内科にかかっている・いた方はおられますか (アルコール依存等y)  
 ご関係( ) 病名・状態・時期など( )  
 ご関係( ) 病名・状態・時期など( )  
 [ジェノグラム・エコマップ] ※病院スタッフが記入します

(裏面へ続きます)

## 11)睡眠・食事について

①平均的な睡眠時間のパターン ※(11～12 時頃)などの記入でも結構です

布団に入る( )時 → 眠りにつく( )時

→ 途中で目が覚める場合、その回数( )回 (その後すぐにまた眠れますか? はい ・ いいえ )

→ 完全に目が覚める( )時 → 布団を出る( )時

②食欲: 普通 ・ 食事量が減っている ・ 落ちているが食事は摂れる ・ 食欲があり過ぎる

③体重: 変わらない ・ 減っている(3ヶ月で kg) ・ 増えている(3ヶ月で kg)

## 12)本来の性格はどうでしたか?あてはまるものすべてにチェックをつけてください

一人である事を好む ・ 大人しい ・ 無口 ・ 我慢強い ・ こまかい ・ 几帳面 ・ 凝り性 ・ 頑固 ・ 真面目

気が小さい ・ 心配性 ・ 暗示にかかりやすい ・ 空想にふけりやすい ・ 決断力に欠ける

社交的 ・ 活動的 ・ お喋り ・ 気が短い ・ 大ざっぱ ・ いい加減 ・ 楽天的 ・ おせっかい ・ わがまま

見栄っ張り ・ 喜怒哀楽が激しい ・ 負けず嫌い ・ 大げさ

その他( )

## 13)職業歴 ※これまで何の仕事に何ヶ月、何年位勤めたかについて順を追ってご記入下さい。

( )歳～( )歳 職業( ) ( )歳～( )歳 職業( )

( )歳～( )歳 職業( ) ( )歳～( )歳 職業( )

( )歳～( )歳 職業( ) ( )歳～( )歳 職業( )

※何か聞いておきたい事や、ご不明な点等があれば自由にご記入ください。

---



---



---

・本日のご来院をご家族・知人にお話しされていますか? はい ・ いいえ

お疲れ様でした。問診票のご記入にご協力頂きありがとうございました。この問診票は診察日にご持参ください。

また、事前に FAX(FAX 番号092-553-8587)頂けますと、当日の診察がよりスムーズに行えますので、ご協力をお願いします。