

記入日:西暦 年 月 日

こちらの問診票はご本人がご記入ください。お答えいただける範囲でかまいません。

ご本人が記入できない場合はご家族がご記入ください。

ご本人の氏名	ふりがな:
生年月日	西暦 年 月 日 満 歳
学年	高校・専門学校・大学・その他() 年生

●どなたの希望で受診されましたか？

ご本人・ご家族・その他()

●相談したいこと、困っていることを教えてください。

●現在の症状についてあてはまるものに✓をつけてください。(複数回答可)

- ゲーム・スマホをやめられない よく眠れない 朝起きられない 昼夜逆転
- 疲れやすい 好きなことをしても楽しくない
- 気分が落ち込む よく涙が出る 世の中のことに興味がなくなった
- 考えが進まない 集中力がない テレビの内容が頭に入らない
- 自傷行為 死にたい気持ちがある 自殺企図
- イライラしやすい 焦りが強い 不安が強い 胸がドキドキする
- 息が苦しくなる 頭痛 めまい 吐き気 腹痛・下痢・便秘
- 食欲がない 食欲がありすぎる 自ら吐くことがある
- 確認する癖がある 同じ行動を繰り返してしまう
- 親とけんかになる 暴力をふるってしまう
- 音に敏感 誰かに見張られている気がする 周囲の人に悪口を言われている
- 月経不順・無月経 月経前に調子が悪くなる

●趣味や好きなことについてあてはまるものに✓をつけて、具体的に教えてください。(複数回答可)

- スポーツ ()
- 音楽 ()
- ゲーム ()
- SNS ()
- 読書 ()
- ものづくり ()
- 勉強 ()
- その他 ()

●勉強についてお聞きします。それぞれ該当するものに○をつけてください。

- ・国語 … 得意 ・ 普通 ・ 苦手
- ・数学 … 得意 ・ 普通 ・ 苦手
- ・英語 … 得意 ・ 普通 ・ 苦手
- ・社会 … 得意 ・ 普通 ・ 苦手
- ・理科 … 得意 ・ 普通 ・ 苦手

●診察についてご希望やご質問がありましたら教えてください。

●あなたの状態を教えてくださいのために簡単な心理検査(CES-D Scale)にお答えください。あまり考えこまず、だいたいの“感じ”でお答えいただいて大丈夫です。

この1週間の、あなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。下の20の文章を読んで下さい。各々のことがらについて

- ◎ もしこの1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合は [A]
 - ◎ 週のうち1～2日なら [B]
 - ◎ 週のうち3～4日なら [C]
 - ◎ 週のうち5日以上なら [D]
- のところを○でかこんで下さい。

◆回答アドバイス◆

「No」=「ない」に○ ⇔ 「Yes」=「5日以上」に○

という感じでお考えください

		ない	1～2日	3～4日	5日以上	
1.	普段は何でもないことがわずらわしい。	A	B	C	D	
2.	食べたくない。食欲が落ちた。	A	B	C	D	
3.	家族や友達からはげましてもらっても、気分が晴れない。	A	B	C	D	
4.	他の人と同じ程度には、能力があると思う。	A	B	C	D	
5.	物事に集中できない。	A	B	C	D	
6.	ゆううつだ。	A	B	C	D	
7.	何をするのも面倒だ。	A	B	C	D	
8.	これから先のことについて積極的に考えることができる。	A	B	C	D	
9.	過去のことにいくよくよ考える。	A	B	C	D	
10.	何か恐ろしい気持ちがある。	A	B	C	D	
11.	なかなか眠れない。	A	B	C	D	
12.	生活について不満なくすごせる。	A	B	C	D	
13.	ふだんより口数が少ない。口が重い。	A	B	C	D	
14.	一人ぼっちでさびしい。	A	B	C	D	
15.	皆がよそよそしいと思う。	A	B	C	D	
16.	毎日が楽しい。	A	B	C	D	
17.	急に泣きだすことがある。	A	B	C	D	
18.	悲しいと感じる。	A	B	C	D	
19.	皆が自分をきらっていると感じる。	A	B	C	D	
20.	仕事が手につかない。	A	B	C	D	