

## 問診票

診察をスムーズに行うためにできるだけ、お答えください。

名前 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)

① 来院した理由を教えてください。

---

---

---

---

② 調子が悪くなったのはいつからですか？きっかけはなんですか？

---

---

---

③ これまで心療内科・精神科に受診したことはありますか？

いいえ はい

「はい」の方は詳細を教えてください。

\_\_\_\_\_ 病院・クリニック ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

病名・治療内容 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 病院・クリニック ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

病名・治療内容 \_\_\_\_\_

④ 紹介状は持っていますか？

いいえ はい その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑤ 今回の来院はどなたの希望ですか？

本人 家族 友人 その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑥ これまでの健康状態であてはまるものにチェックを入れてください。

難産で生まれた 未熟児で生まれた 出産後しばらく泣かなかつた

ひきつけ／けいれんがあつた 頭を強く打つた 気を失つた

発達の遅れを指摘された 血圧が高い 肝炎 高脂血症 糖尿病

心臓病・不整脈 ( \_\_\_\_\_ 歳から) 脳梗塞・脳出血 ( \_\_\_\_\_ 歳から)

新型コロナウイルス感染症 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 静脈血栓塞栓症 喘息

アトピー性皮膚炎 その他疾患 ( \_\_\_\_\_ )

⑦ 新型コロナワクチン接種 : 未 済 (その後の体調などに変化 なし・あり)

⑧ アレルギー : なし あり

あり→薬や食品、花粉 (種類 \_\_\_\_\_ )

⑨ アルコール : 飲まない 飲む ( \_\_\_\_\_ 日/週 ・1回量 : \_\_\_\_\_ )

⑩ 喫煙 : しない する (1日あたり \_\_\_\_\_ 本)

⑪ 女性の方にお聞きします。

妊娠の可能性はありますか？ なし あり

ピルは内服していますか？ なし あり

授乳していますか？ なし あり

更年期障害はありますか？ なし あり

⑫ アルコールやタバコ以外の薬物の使用はありますか？

使用歴なし 使用歴あり

※使用したことがある方は詳細に教えてください。

薬物名・期間 \_\_\_\_\_

薬物名・期間 \_\_\_\_\_

⑬ これまでの生活や家族についてお伺いします。

- ・生まれた都道府県はどこですか？ \_\_\_\_\_ 都・道・府・県（それ以外 \_\_\_\_\_）
- ・養育者はどなたですか？ 両親 それ以外（ \_\_\_\_\_ ）
- ・きょうだいは何人いますか？また、あなたは何番目ですか？ \_\_\_\_\_ 人中 \_\_\_\_\_ 番目
- ・家族構成について教えてください。【同居欄は同居している場合チェックを入れてください】

続柄	年齢	職業など	同居	続柄	年齢	職業など	同居

- ・家族や親戚に心療内科や精神科の病気を持っている方はいますか？  
なし あり 具体的に記入してください

- ・結婚離婚歴について教えてください。（ない場合は0と書いて下さい）  
結婚 \_\_\_\_\_ 回（ \_\_\_\_\_ 歳時・ \_\_\_\_\_ 歳時） 離婚 \_\_\_\_\_ 回（ \_\_\_\_\_ 歳時・ \_\_\_\_\_ 歳時）
- ・現在離婚調停や婚約中の方はにチェックしてください。  
婚約中 離婚調停中 別居中

⑭ 学校生活について教えてください。

- ・小学校のクラスはどれですか？ 普通級 特殊学級 養護学校
- ・中学校のクラスはどれですか？ 普通級 特殊学級 養護学校

⑮ 学歴を答えられる範囲で教えてください。

\_\_\_\_\_ 高校（公立・私立） \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 年在・中退（年次）・卒  
 全日制・夜間定時制・昼間定時制・単位制・通信制・通信制サポート校・その他  
 転校 ない ある \_\_\_\_\_ 年時

\_\_\_\_\_ 専門学校（専攻 \_\_\_\_\_） 年在・中退（年時）・卒  
 \_\_\_\_\_ 大学 \_\_\_\_\_ 学部 \_\_\_\_\_ 年在・中退（年時）・卒  
 \_\_\_\_\_ 大学院 \_\_\_\_\_ 年在・中退（年時）・卒

⑯ 学生時代に不登校となったことはありますか？

ない ある 具体的な時期・原因 \_\_\_\_\_

⑰ 学校生活や社会生活で当てはまるものがあればチェックを入れてください。

- おちついて授業を開けない 授業がわからない 忘れ物が多い 遅刻を繰り返す いじめにあいやすい 友人とうまく付き合えない 人前で緊張する
- 人前で赤くなる 狭い場所が怖い 電車が苦手 人と喧嘩になりやすい
- 動悸や息苦しさをを感じる お腹が痛くなりやすい 落ち込みやすい
- 手足がむずむずする 自信が持てない 消えてしまいたいと思うことがある

⑱ 仕事について教えてください。

- ・今仕事はしていますか はい いいえ 求職中
- ・今の仕事 \_\_\_\_\_（正社員・契約・派遣・パート・バイト）
- ・職歴について答えられる範囲で教えてください。  
 年 月～ 年 月 \_\_\_\_\_（正社員・契約・派遣・パート・バイト）  
 年 月～ 年 月 \_\_\_\_\_（正社員・契約・派遣・パート・バイト）  
 年 月～ 年 月 \_\_\_\_\_（正社員・契約・派遣・パート・バイト）

⑲ 現在飲んでいる薬を教えてください。 内服薬なし 内服薬あり  
薬手帳をお持ちの方は薬手帳にチェックを入れて下さい → 薬手帳あり

⑳ 当院をどちらで知りましたか？

- インターネット検索 看板 チラシ 知り合いから 通りがかり
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

ご協力ありがとうございました。