問診票

　西暦20（　　）年（　　）月（　　）日記入

問診票は診察のために重要な情報ですので記入をお願いいたします

（書けないところは空欄のままで構いません）

記入者　　□本人　　□ご関係者（続柄　　　　）

受診者のお名前（ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

住所

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

つながりやすい電話番号

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

年齢（　　）　歳　身長（　　　）㎝

大人の方の場合、元来の体重（　　）㎏

最近　□やせた　□太った （　　）㎏

来院同伴者の方がおられたらお答えください

お名前　（　　　　　　　　　　）

ご関係　（　　　　　　　　　　）

つながりやすい連絡先電話番号　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

治したい症状、お困りのことをお教えください

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

それはいつごろからかお書きください

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

その後の経過についてお教えください

□よくなった　□波がある　□変わらない　□悪くなった

そのことでどこかに受診されたことはありますか

□ない　□ある

『□ある』の方に治療の経過についておたずねします

通院歴について

はじめに（　　）　病院　（　　）　科　（　　年　　月）頃から（　　年　　月）頃まで

（　　歳）頃から　　（　　歳）頃まで

最近は　（　　）　病院　（　　）　科　（　　年　　月）頃から（　　年　　月）頃まで

（　　歳）頃から　　（　　歳）頃まで

入院歴について

はじめに（　　）　病院　（　　）　科　（　　年　　月）頃から（　　年　　月）頃まで

（　　歳から　　歳）

最近は　（　　）　病院　（　　）　科　（　）月頃から　年　月頃まで

　（　　歳から　　歳）

精神科、心療内科のお薬を内服したことがありますか？

□ない

□現在内服している

名前を教えてください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□内服したことがある

　 名前を教えてください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

精神のお薬で副作用が起こったことはありますか？

□いいえ

□ある　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

睡眠について教えてください

床につくのは平均（　　）時頃　入眠までにかかる時間は約（　　）分

途中で目覚める回数は約（　）回　朝の目覚めは（　　）時頃　床から出るのは（　）時頃　全睡眠時間は平均（　）時間　毎日の睡眠リズムが乱れがち

昼寝は　□しない　□する　（　　）時～（　　）時

睡眠が悪い　□はい　□いいえ（薬を　□飲んでも　□飲まないと）

いまの『困り事』についておたずねします

該当するものがあれば（　）に特に困っている場合は◎　かなり困っている場合は〇　時に困っている場合は△の印をつけてください

寝つきが悪い（　）　寝たがらない（　）　途中で覚めて困る（　）　夢が多い（　）

熟睡感がない（　）　目が覚めるのが早すぎる（　）　いびきが大きい（　）

眠くて困る（　）（□朝　　□昼）

首筋や肩がこる（　）　頭が重い（　）　頭痛（　）

食事を楽しめない（　）　食事が減った（　）（普段の　％）　食べ過ぎる（　）　食後に吐く（　）

下痢（　）　便秘（　）　目がかすむ（　）　尿が出にくい（　）　月経不順（　）　無月経（　）　性機能障害（　）

胸がどきどき（　）　立ち眩み（　）　めまい（　）　息がしづらくなる（　）　震えがくる（　）　汗をかく（　）　極度の不安（　）　健康に自信がない（　）

人前で緊張する（　）　外出しにくい（　）　乗り物が苦手（　）

不安なことにこだわる（　）　嫌な考えが浮かぶ（　）　焦る（　）　イライラする（　）

疲れやすい（　）　ゆううつ（　）　孤独感（　）　涙がでやすい（　）　口数が減った（　）　娯楽を楽しめない（　）　夜より朝がつらい（　）　意欲が出ない（　）　自信が持てない（　）　迷って決断できない（　）　仕事や学業がはかどらない（　）　周囲の人に申し訳ない（　）　生きるのがつらい（　）　自傷自殺しそう（　）

興奮する（　）　気分がハイ（　）　浪費してしまう（　）　怒りを制御できない（　）　考えがまとまらない（　）　いじめられている（　）　うわさされている（　）　嫌がらせをされている（　）　世間の雰囲気が変（　）　監視や盗聴が気になる（　）

注意がそれがち（　）　片付けが苦手（　）　忘れ物が多い（　）　うっかりミスが多い（　）　段取りが苦手（　）　人の気持ちを読みづらい（　）　人の輪に入りにくい（　）　妥協や強調が苦手（　）　特定のことに興味やこだわり（　）　感覚過敏（　）（耳・目・匂い・味・皮膚）　気分が急に変わる（　）　記憶力低下（　）　日時や場所を間違える（　）　言葉が出にくい（　）　自分の身の回りのことができない（　）　家族に無断で出歩く（　）　意識を失う（　）　そのほか（　　　　　　　　　　　）

これが原因と考えている出来事や病名があれば教えてください

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

来院されたいきさつをお教えください

　□ご自身の意志で　　　　　　□（　　　　　　　　）のすすめで

ご希望について該当するものにチェックをしてください

□診断　□処方　□説明や助言　□話を聞いてほしい　□書類作成

□入院や他施設を紹介　□そのほか（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

小さい頃のことをお伺いいたします（書ける範囲で大丈夫です）

（出生時）体重（　　）g　　　妊娠 ( 　 ) 週数で出生

□黄疸　□しばらく泣かなかった

（幼児期）□発達の遅れを指摘されたことがある

（小児期）□落ち着きがなかった　□忘れ物が多かった　□整理整頓が苦手だった　□友達ができにくかった　□無視された　□いじめられた　□暴力を受けた　□不登校

□つらかった（□学校で　　□職場で　　□家庭で）

（内容）

今までかかったことのある病気・けががあれば教えてください

□高血圧　□低血圧　□心臓病/不整脈（　歳～）　□糖尿病（　歳～）　□緑内障　□前立腺肥大　□腎臓病　□胃腸系の病気　□脳梗塞　□脳出血　□肝炎　□性感染症

□そのほか（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

アレルギーについておたずねします

□ない　□ある　薬（　　　　　　　　　　　　）　食品（　　　　　　　　　　　　）

女性の方にお伺いいたします。妊娠の可能性はありますか

□ない　□ある

性格であてはまるものにすべてチェックをつけてください

□明るい　□楽天的　□あっさり　□友人が多い　□礼儀正しい　□がんこ　□短気　□おこりっぽい　□あきやすい　□派手好き　□わがまま　□負けず嫌い　□無口　□気難しい　□愛想がない　□友人が少ない　□几帳面　□仕事好き　□粘り強い　□責任感が強い　□遠慮深い　□自信がない　□臆病　□人見知り

趣味　□なし　□ある　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

信じている宗教　□なし　□ある　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

同居家族について教えてください　（名前　年齢　職業）

これまでの生活について教えてください

（転校、転籍があれば→を入れて書いてください）

（　　県　　市　　　　　　　　　）幼稚園・保育園

（　　県　　市　　　　　　　　　）小学校

（　　県　　市　　　　　　　　　）中学校

（　　県　　市　　　　　　　　　）高校　（　　）科　　□卒業　□退学

（　　県　　市　　　　　　　　　）大学（　　）学部　（　　）科　□卒業　□退学

（　　県　　市　　　　　　　　　）大学院　（　　　）科・部門　□卒業　□退学

職業歴についておたずねします

現在勤務先がある場合、仕事内容を教えてください

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

職業に変更があればその経過も書いてください。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

家事、学業、仕事の役割について現在どのような状況ですか

□ほぼこなせている　□なんとかやれる　□時々休む　□休んでいる

家庭、学校や職場での悩みがありますか

□ない　□少しある　□とてもある

それはどのような悩みですか

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

これまでに書けなかった悩みがもしあれば書いてください

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

当院の担当医・医療へのご期待・ご要望があれば書いてください

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

大変おつかれさまでした

記載をありがとうございました