

問診票 (初めて受診される患者様)

本日診察を受けられる方 ※各連絡先は必ずご記入ください。

フガナ

お名前 _____ (男・女) 年齢 _____ 歳

生年月日 (大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

ご連絡可能な連絡先 (自宅) _____ (携帯) _____

同伴者 お名前 _____ (続柄) _____ 連絡先 _____

緊急連絡先 お名前 _____ (続柄) _____ 連絡先 _____

精神科または心療内科に通院中、通院していたことはありますか? (はい・いいえ)

_____ 年 _____ 月頃 _____ に通院 内服薬 _____

紹介状 (無・有)

保険の種類 (社会保険・国民健康保険・後期高齢者医療保険・生活保護・自費)

最後に健診を受けたのはいつですか _____ 年 _____ 月頃 血液検査(無・有)

利用しているサービス

自立支援 (無・有) 有効期限 _____

障害手帳 (無・精神・療育・身体) 等級 _____ 有効期限 _____

障害年金 (無・有・申請予定) 等級 _____

その他 (例: 母子受給者証 _____)

1. 今回来院なさった理由、いま一番困っていること、相談したいことをお書きください。

2. 上に書かれたこと(症状)は、いつごろから、どのようなきっかけで始まりましたか?

最近の状態で以下に当てはまるものがあれば○をつけて下さい。(いくつでも可)

- 睡眠 (不眠 ・ 寝つきが悪い ・ 途中で起きてしまう ・ 夜も活動している)
食欲 (減退 ・ 過食 ・ 嘔吐 ・ カロリーが気になる ・ すぐ太る気がする)
体調 (動悸 ・ 肩こり ・ 頭痛 ・ 吐気 ・ 下痢 ・ だるさ ・ 物忘れ ・ 意欲低下)
気分 (不安 ・ イライラ ・ ドキドキ ・ 高揚 ・ 緊張 ・ 自信がない ・ 涙が出る)
行動 (暴言 ・ 暴力 ・ 飲酒量増加 ・ 手洗い増加 ・ 身体を傷つけてしまう)

その他、以下に当てはまるものがあれば○をつけて下さい。(いくつでも可)

新しいことを覚えられない ・ まわりの話し声や物音が気になる ・ 嫌がらせされている
監視されている ・ 人前で字を書けない ・ 人より物覚えが悪い ・ 忘れ物が多い
戸締りや物の置き場所などを何度も確認する ・ 学校の成績が悪かった ・ 片付けが苦手
順番を待てない ・ 幼少期に落ち着きがないと大人から言われた ・ 独り遊びが多かった
物ごとを順序だてて実行するのが苦手 ・ 物音に対して過敏 ・ 独自のこだわりがある
嫌な記憶がフラッシュバックする ・ 「空気が読めない」と感じる、人から言われる

診察にあたってご希望されることについて当てはまるものがあれば○をつけて下さい。

現在の状態を知りたい ・ 薬を処方してほしい ・ 診断書など書類を作成してほしい
(血液検査 ・ 心理検査 ・ 生活相談) を受けたい
その他 (_____)

ご自分(本日診察を受けられる方)のことについてお答えください。

_____ 県 _____ 市出身 _____ 人兄弟 _____ 番目

学歴

_____ 小学校 _____ 中学校 _____ 高等学校 (在学・卒業・中退)

_____ 専門学校 / _____ 大学 _____ 学部 (在学・卒業・中退)

その他 (例：大学院 _____)

両親・兄弟

続柄	年齢	健康状態	同居の有無	職業	居住地
例：父	例 73	例：うつ	同居・別居・死去	会社員	静岡市

配偶者・子供・孫

続柄	年齢	健康状態	同居の有無	職業	居住地
例：妻	例：39	健康	同居・別居・死去	主婦	静岡市

職歴

- 1) _____年から_____年まで 業種：_____
- 2) _____年から_____年まで 業種：_____
- 3) _____年から_____年まで 業種：_____

その他 (_____)

現在_____年_____月から 業種：_____ (休職中・現職中・無職)

結婚歴 (無・有) _____回 現在：_____年から (婚姻中・離婚・死別)

嗜好品

タバコ (吸わない・吸う) 量 _____本/日 _____歳から
アルコール (飲まない・飲む) 量 _____/日・週・月 _____回 _____歳から
違法薬物 (使用したことはない・ある) 覚せい剤・シンナー・その他 _____

現在治療中もしくは、過去に入院・手術などがありましたらご記入ください

糖尿病 (無・有) 高血圧 (無・有) 緑内障 (無・有)

その他の持病 (例：高脂血症 _____)

手術歴 (例：15歳の時に虫垂炎で手術 _____)

薬や食べ物でアレルギー反応や副作用がでたことがありますか (はい・いいえ)

はいとお答えの方は具体的にご記入ください。

食べ物 _____ 薬 _____

血縁関係の方で精神科に通院中、通院していた方はいらっしゃいますか (はい・いいえ)

続柄 _____ 診断名 _____ 通院先 _____

続柄 _____ 診断名 _____ 通院先 _____

当院を初めて知ったきっかけは何ですか?

看板 (道路・バス・駅) ・ チラシ ・ 知人の紹介 ・ 他院から紹介
ネットで検索 ・ その他 (_____)

質問は以上となります。ご協力ありがとうございました。受付へお出してください。