



# 心療内科問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

以下のすべての項目にご記入をお願い致します。

1. 本日困っていること、相談したいことを順番にお書きください。
  - 1) \_\_\_\_\_
  - 2) \_\_\_\_\_
  - 3) \_\_\_\_\_
2. それはいつ頃から始まりましたか？どのような状況で始まりましたか？
3. 現在のような状態に至ったのはどのような理由によるか、何か思い当たるところはありますか？  
(たとえば、身体の病気、人間関係、環境の変化など)
4. ご自分の状態はどのような状態とと思いますか？
  - a. 身体の病気
  - b. 「こころ」が関係している身体の変調
  - c. 神経症
  - d. うつ状態
  - e. その他 ( \_\_\_\_\_ )
5. 今回の件で、どのような治療をいつ頃どこで受けましたか？その治療の効果はいかがですか？  
特に最近まで他院で治療を受けていた方は、処方薬の名称などお分かりになればお書きください。  
\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 病院  
\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 病院
6. 今までどのような病気やケガをされましたか？入院したことはありますか？  
\_\_\_\_\_ 歳      \_\_\_\_\_ 歳  
\_\_\_\_\_ 歳      \_\_\_\_\_ 歳
7. 薬の副作用（アレルギーなど）はありますか？      ( あり ・ なし )  
\_\_\_\_\_ (ある場合) 具体的薬剤名
8. ご家族（配偶者・子供・両親・兄弟など）の状況をお知らせください。  
(年齢・職業・健康状態・同居・別居など)

**裏もお書きください**

9. (女性の方に) 現在妊娠中ではありませんか? もしくは可能性はありませんか?

(a.妊娠中 b.可能性あり c.可能性なし) ・最終月経はいつですか? ( ) 頃

10. 職歴について

- ◇ 現在の職業 ( )、( ) 年位
- ◇ 過去の職歴 ( )

11. 趣味は何ですか? また、信仰している宗教があったらお書きください。

12. 最終学歴について

- ◇ 小学校 ・ 中学校 ・ 高等学校 ・ 短期大学 ・ 大学 ・ 専門学校
- ◇ 在学中 ( ) 年 ・ 中退 ・ 卒業

13. 病気になる前はどのような性格でしたか?

14. 以下にお答えください。

- |                                    |                              |
|------------------------------------|------------------------------|
| ◇ 睡眠 (過眠・十分・まあまあ・不良)               | ◇ 疲れやすい (あり・なし)              |
| ◇ 食欲 (過食・ちょうど良い<br>食べれば食べられる・不振)   | ◇ 生理 (規則的・不順)                |
| ◇ 便秘 (快便・便秘・下痢・<br>下痢と便秘が交替・ガスが多い) | ◇ 性欲減退 (あり・なし)               |
| ◇ 動悸 (あり・なし)                       | ◇ いらいら (強い・中ぐらい・少し・なし)       |
| ◇ 息切れ (あり・なし)                      | ◇ ゆうつ (強い・中ぐらい・少し・なし)        |
| ◇ 肩こり (あり・なし)                      | ◇ 不安 (強い・中ぐらい・少し・なし)         |
| ◇ 頭痛 (あり・なし)                       | ◇ あせり (強い・中ぐらい・少し・なし)        |
| ◇ 頭重感 (あり・なし)                      | ◇ おっくう感 (強い・中ぐらい・少し・なし)      |
| ◇ しびれ (あり・なし)                      | ◇ 死にたい気持ち<br>(強い・中ぐらい・少し・なし) |
| ◇ 何となく周囲が変わった感じがする<br>(あり・なし)      | ◇ 活動し過ぎるようになった (あり・なし)       |
| ◇ 他人が変な目で見ると (あり・なし)               | ◇ おしゃべりになった (あり・なし)          |
| ◇ 他人に陰口を言われる (あり・なし)               | ◇ 繰り返し確かめないと不安 (あり・なし)       |
| ◇ 実際にないものが見えたり、<br>聞こえたりする (あり・なし) | ◇ 飲酒(1日 位× 年間・禁酒している)        |
| ◇ 人を避け自室に閉じこもる<br>(あり・なし)          | ◇ 喫煙(1日 本× 年間・禁煙している)        |

15. マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか? ( はい ・ いいえ )

- ・他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? ( はい ・ いいえ )
- ・この1年間で健診(特定健診・高齢者健診)を受診されましたか? (はい ・ いいえ)

16. 特定の検査やカウンセリングのご希望がありましたら、お書き下さい。

17. その他、特にお書きになりたいことがあればお書き下さい。