



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
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・
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
(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
(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、
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
(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。