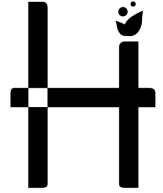


問診票

記入日 年 月 日



ふりがな

お名前 () 性別 (男 ・ 女)
生年月日 (大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日) 満 () 歳
住所 ()
電話番号 (- -) 緊急連絡先 (- -)

① 既往歴についてお伺いします。下記該当するものに○をお付け下さい。
糖尿病 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 外傷 (交通事故など) ・ てんかん その他 ()

② アレルギーはありますか。ある場合は何に対してありますか。
なし
あり (薬や食品 < > 花粉 ・ アトピー その他 < >)

③ 感染症について、現在わかっているものがありましたら教えて下さい。
肝炎 < 型 > HIV その他 ()

④ ③について治療歴があれば教えて下さい。
年 歳から 病院 / クリニック

⑤ 嗜好品についてお答え下さい。
アルコール 飲まない 飲む (ml / 日 歳から)
タバコ 吸わない やめた 吸う (本 / 日 歳から)
薬物 使用したことはない
使用したことがある (内容)

⑥ 現在内服している薬はありますか。ある場合は何を飲まれていますか。
なし あり
ありの場合 診断名 ()
お薬名 () (錠) (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 寝る前)
お薬名 () (錠) (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 寝る前)
お薬名 () (錠) (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 寝る前)
お薬名 () (錠) (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 寝る前)

⑦ 女性の方へお伺いします。現在、妊娠していますか。
している ・ していない ・ 可能性あり

⑧ これまでの精神科歴（通院・入院）を教えてください。

年 月 日 歳 ～ 年 月 日 歳

病院／クリニック

年 月 日 歳 ～ 年 月 日 歳

病院／クリニック

診断名（ ）

⑨ 本日までご相談されたいことをお伺いします。下記該当するものに○をお付け下さい。

1. 気分のムラがある。（わけもなく落ち込む・元気になりすぎる・イライラしやすい）
2. 死にたい気持ちがある。
3. 自傷行為不安が強い。
4. パニック発作がある。
5. 眠れない。（寝つきが悪い・何度も目が覚める・早朝に目が覚める）
6. 人が変な目で見える。
7. 誰もいないのに音や声が聞こえる。
8. 誰かが悪口を言っている。
9. 食慾があり過ぎる。
10. 食慾がない。
11. 依存症の相談。
12. その他（ ）

⑩ ⑨の症状について、いつ頃からありますか。

年 月頃より 歳頃から

⑪ ⑨の症状について、簡単に記入して下さい。また、きっかけになる出来事があればそれもお書き下さい。

⑫ こちらにご相談になったいきさつを教えてください。

自ら進んで受診

家族・知人・同僚・その他（ ）からの紹介

同伴者 なし／あり（名前 関係 ）

⑬ これまでの生活について。

どちらの地域でお生まれになりましたか。（ ）

学歴についてお書き下さい。

小学校（私立／公立）卒業

中学校（私立／公立）卒業

高校（私立／公立）卒業

大学 / 短大 / 専門学校

科 卒業・中退・在学中

その他（

）

その後の職歴・アルバイト歴

歳頃 仕事内容（

）

歳頃 仕事内容（

）

歳頃 仕事内容（

）

歳頃 仕事内容（

）

⑭ 家族構成

結婚歴 なし・あり（ 回 <現在 婚姻中・離婚・死別>）

同居している家族

名前	関係	年齢	職業など

同居以外の家族

名前	関係	年齢	職業など