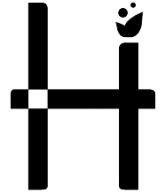


# 問診票 (成人用)

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 ) 年齢 ( ) 歳  
住所 (〒 \_\_\_\_\_ )  
電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) 緊急連絡先 ( \_\_\_\_\_ )

① 御相談になりたいことは、どのようなことでしょうか？ 現在の症状について、該当するものに○をお付け下さい。

1. 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)
2. 気分のムラがある。(気分が落ち込む・悲しくなる・イライラしやすい・元気になるすぎる)
3. 食欲がない。食事がとれない。
4. 過食してしまう。
5. パニック発作がある。
6. 仕事でうまくこなせないことがある。
7. 人間関係でうまくいかないことがある。
8. 人に悪口を言われている。人に変な目で見られている感じがする。
9. 被害妄想がある。
10. 誰もいないのに、人の話し声が聞こえる。
11. 死にたい気持ちがある。
12. 自傷行為をしてしまう不安がある。
13. その他 ( )

その症状の具体的な様子や、症状の出始めた時期やきっかけ、悩まれていることについて、お書きください。

② これまでに心療内科・精神科で治療（通院・入院）の経験がありましたら、教えて下さい。

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
年 月 日 歳 ~	年 月 日 歳	病院／クリニック
診断 (	)	
治療内容 (	)	

③ これまでにかかったことのある病気・怪我等についてお伺いします。該当するものに○をお付け下さい。  
高血圧・糖尿病・気管支喘息・心臓病 ( )・肝臓病 ( )  
脳血管障害 ( )・外傷 ( )・てんかん・HIV・その他 ( )

④ 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。  
あり・なし 薬品名 ( ) (錠) (朝・昼・夕・寝る前)  
薬品名 ( ) (錠) (朝・昼・夕・寝る前)  
薬品名 ( ) (錠) (朝・昼・夕・寝る前)  
薬品名 ( ) (錠) (朝・昼・夕・寝る前)

⑤ 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 < >  
食品 < >  
花粉 アルコール その他 < >

⑥ 嗜好品や習慣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 )

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 これまでの生活について、教えて下さい。  
ご出身はどちらですか? ( )  
学歴についてお書き下さい。  
小学校 (公立/私立) 卒業  
中学校 (公立・私立) 卒業  
高校 (公立・私立) 卒業・中退  
大学 / 短大 / 専門学校 学部 学科 卒業・中退・在学中  
その他 ( )

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 ( )

⑨ 家族構成について、教えてください。

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	続柄	年齢	職業・学年など

同居以外の家族

名前	続柄	年齢	職業・学年など

⑩ 当クリニックにご相談になったいきさを教えてください。

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 ） ご関係 ）

⑪ 当クリニックのことは、どこでお知りになりましたか？

1. 他の医療機関からの紹介
2. 公的機関からの紹介（保健所、保健センター、役所、福祉事務所）
3. 職場からの紹介（上司、同僚、産業医、保健師）
4. 教育機関からの紹介（学生相談室、精神科医、カウンセラー）
5. インターネット
6. 知人からの紹介（ ）
7. 出版物（書籍、雑誌、病院案内）
8. その他（ ）