

# 問 診 票

当院では診察をスムーズに行うために、下記の質問にお答え頂いております。差し支えない範囲で結構ですので、ご回答をお願い致します。黒色のボールペンでご記入下さい。なお、これらの個人情報は、当院の診療行為に関してのみ使用します。

記入日： 年 月 日 記入者：  本人  その他 ( )

氏名 <sup>ふりがな</sup>	年齢	性別	職業
		男・女	

① 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 医療機関からの紹介(紹介元： )  市役所・保健所  本やインターネット  
 家族  知人  学校や職場  当院のホームページ  以前かかった  その他( )

② 初診日に来院されるのはどなたですか？  本人  父  母  その他 ( )

③ 今日はどのようなことで受診されましたか？

④ 現在みられるものを◎で囲み、過去にみられたものを○で囲んでください。

- 不安  緊張  苛々  疲れやすさ  気分の落ち込み  気力の低下  集中困難  
 気分の高揚  不眠  便秘  下痢  頭痛  腹痛  拒食  過食  嘔吐  
 不登校  ひきこもり  入社困難  昼夜逆転  家庭内暴力(対人・対物)  
 パニック  動悸  しびれ  けいれん  めまい  吐き気  物忘れ  
 自傷行為  大量服薬  死にたい気持ち  自殺未遂  人前での緊張  
 対人恐怖(自分の臭いが気になる・視線が怖い・他人にどう思われているかが過剰に気になる・自分の容姿を過剰に気にする)  
 強迫症状(不合理だと思う観念にとらわれたり、頭の中で反芻してしまう・頻回の手洗い・何度も確認をする等)  
 独り言  独り笑い  幻覚(実際にはないものが見えたり聞こえたりする等)  
 被害妄想(危害を加えられている・狙われている・監視されている)  考えがまとまらない  
 浪費  ギャンブル  アルコール依存  薬物依存  その他( )

⑤ これらの症状は、いつからどのように生じましたか？ 思い当たるきっかけはありますか？

⑥ 小さい頃の様子をご記入下さい。

周産期と 出生時	出生時の体重（            g） 分娩異常（あり・なし） 特記事項：
就学前	保育園（            年間） 幼稚園（            年間） <input type="checkbox"/> 言葉の遅れ <input type="checkbox"/> 迷子になりやすい <input type="checkbox"/> 人見知りをしない <input type="checkbox"/> 人見知りが強い <input type="checkbox"/> 一人遊びが多い <input type="checkbox"/> 集団になじめない <input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> 療育を受けた 特記事項：

⑦ 学歴と当時の友人関係の様子を、最終学歴まで順にご記入下さい。

	学校名・学部名など	成績	友達関係・その他特記事項 (大きな出来事・いじめ・不登校・転校等)
小学校		上・中・下	
中学校		上・中・下	
		上・中・下	
		上・中・下	
		上・中・下	

⑧ 職歴（短期アルバイト等も含む）を順にご記入下さい。

勤務した期間	職場・業種	雇用形態
年 月（ 歳）～ 年 月		正社員・アルバイト・その他
年 月（ 歳）～ 年 月		正社員・アルバイト・その他
年 月（ 歳）～ 年 月		正社員・アルバイト・その他

⑨ 家族構成（親・きょうだい・配偶者・子ども・祖父母等）をご記入下さい。

続柄	氏名	年齢	本人との同居	職業	特記事項
父			同居・別居・死別		
母			同居・別居・死別		
			同居・別居・死別		
			同居・別居・死別		
			同居・別居・死別		
			同居・別居・死別		
			同居・別居・死別		

⑩ ご家族やご親族の中で、精神科・心療内科・神経科などにかかったことのある方はいますか？

- はい（本人との続柄：                      診断名：                      入院経験：あり・なし）  
いいえ

⑪ これまでにどのような医療機関にかかりましたか？体の病気や怪我等も含めご記入下さい。

期間	医療機関(診療科目)	診断名	入院
年 月 ( 歳 ) ~ 年 月			有・無
年 月 ( 歳 ) ~ 年 月			有・無
年 月 ( 歳 ) ~ 年 月			有・無
年 月 ( 歳 ) ~ 年 月			有・無
年 月 ( 歳 ) ~ 年 月			有・無
年 月 ( 歳 ) ~ 年 月			有・無
年 月 ( 歳 ) ~ 年 月			有・無
年 月 ( 歳 ) ~ 年 月			有・無
年 月 ( 歳 ) ~ 年 月			有・無

⑫ カウンセリング等の相談機関を利用されたことはありますか？ はい いいえ

⑬ 現在の健康状態についてお答え下さい。

睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 寝つけない <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める <input type="checkbox"/> 早朝に目が覚める <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 日中の眠気 <input type="checkbox"/> 睡眠時間が不規則 布団に入る時刻：                              入眠時刻：                              起床時刻：
食事	<input type="checkbox"/> 1日3回食べる <input type="checkbox"/> 1日2食以下 <input type="checkbox"/> 殆ど食べない <input type="checkbox"/> 食欲旺盛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 体重が増加した <input type="checkbox"/> 体重が減少した <input type="checkbox"/> ダイエットをしている
アレルギー	食べ物のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (                              ) 薬のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (                              ) その他のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (                              )
たばこ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸っていたがやめた <input type="checkbox"/> 吸う (1日                              本程度)
お酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (1回で飲むお酒の種類と量：                              ) <input type="checkbox"/> 月に1日以下 <input type="checkbox"/> 月に2~4日 <input type="checkbox"/> 1週間に2~3日 <input type="checkbox"/> 1週間に4回以上
違法薬物	<input type="checkbox"/> 使用したことは1度もない <input type="checkbox"/> ある (シンナー・覚せい剤・麻薬・その他)
生理	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> しばらく来ていない (最終月経：                              年                              月頃) 初潮年齢 (                              歳)

⑭ 現在お飲みになっている薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方は事務へ提出して下さい)

- はい (薬の名前：                              )  
いいえ

⑮ 必要な場合、当院のクリニック名でお電話を差しあげてもよろしいですか？

- はい いいえ

—ご協力ありがとうございました—