

問診票

この問診表は、患者様の通院・入院前の状況を知ること、当院での診察や看護に役立てることを目的としています。ご協力をお願いいたします。この問診表は個人情報保護上取り扱いを厳重に行います。

該当する項目にチェック（し点）をいれ、.....部分は全てに詳細内容ご記載下さい。入院につきましては記載がない箇所については、職員が後ほど伺い確認をさせていただくことがあります。

.....記入日.....年.....月.....日

ふりがな
氏名

.....
薬や食べ物でアレルギー反応や副作用がでたことがありましたら、お書き下さい。

食べ物 なしあり（.....）

薬 なしあり（.....）

嗜好品についてお答え下さい。

- ・ タバコ 吸わない吸う（.....本/日、.....才から）
- ・ アルコール 飲まない飲む（...../日、.....才から）
- ・ シンナー 吸ったことはない吸ったことがある（.....才から.....才まで）
- ・ 覚せい剤 使用したことはない使用したことがある（.....才から.....才まで）
違法薬物・大麻使用したことはない使用したことがある（.....才から.....才まで）
- ・ 常用薬(処方薬以外)ないある（商品名.....）

車の運転をしますか する しない

今回、来院の理由、今一番こまっていること、相談したい内容をお書きください。

（自分で希望して・家族のすすめで・（.....）のすすめで 来院）

.....
症状のきっかけになるような出来事やストレスがあればお書き下さい。

.....
その他の困った症状・行動（.....）

症状はいつからありますか.....年.....月ごろ あるいは.....才ごろから

現在の症状について

A ストレスや不安の症状

急に（ドキドキする・息苦しくなる・気持ち悪くなる・体がしびれる・腹痛がする）

いつも不安になる よくイライラする 頭痛がある 下痢する

B 気分のおちこみや高揚の症状

気分がおちこむ 学業・仕事・家事ができない 集中できない 自殺を（考える・試みた）

以前楽しめたことが楽しめない 睡眠時間が（長く・短く）なった

絶好調でまわりの人から会話や行動についていけないといわれた時期がある

C 感覚過敏や被害感の症状

○体の一部、またはあちこちに痛みや不快感がある→そのことで病院にかかったが原因不明だった○まわりの話し声や物音が気になって、自分への嫌がらせとを感じる ○迫害されたり監視されている

D 強いこだわりの症状

○戸締りや物の置き場所を何度も確認する ○自分の体や家が不潔になったと感じて手洗い・掃除を繰り返す ○くりかえし頭にうかぶ考えにこだわってしまう

E 食べることに関する症状

○普通ではない量の食べ物を（ときどき・毎日）食べてしまう ○食べた後（ときどき・いつも）嘔吐する

F 物質や行為への依存性の症状

○お酒を飲みすぎだと思っているか、まわりから飲みすぎといわれる ○(.....)にのめりこんでやめられない

G 対人緊張や対人過敏の症状

○人前で話すのが苦手な緊張する→（小中学生・高校生以降・社会人）の頃から ○人ごみや集まりが苦手な避けてしまう ○誰かに冷たくされたり反対されるとすぐ落ち込むか気持ちが悪くなる

H 子供のころからあった行動やコミュニケーションに関する症状

○子供の頃落ち着きがないと大人から（いわれた・いわれている） ○片付けが苦手、ものごとを順序立てて実行するのが苦手 ○「場の空気が読めない」と感じたり、人から言われる

出身地..... 都・道・府・県..... 市・区・町・村.....

兄弟..... 人中..... 番目（既婚..... 回目・離婚・未婚）子供（.....）人

現在の生活環境 在宅(同居者.....)・入所中(.....)・その他(.....)

治療・入院に協力をしてくれる人はいますか ○はい 続柄..... ○いいえ

どのようにして生計をたてていますか？.....

女性の方にお伺いします。

現在妊娠されていますか？..... はい・いいえ・分からない

月経はありますか？ ○なし ○あり（最終月経..... 年 月 日頃）

最終学歴（普通学級・特別支援学級・特別支援学校）

.....（公立・私立）..... 中・高・大・専門学校（在学中・卒業・中退）

現在の仕事内容（.....）勤続..... 年..... か月

勤務先 一般企業 ・ 就労支援施設 ・ その他（.....）

職歴..... 才頃～..... 才頃まで..... 業種：.....

..... 才頃～..... 才頃まで..... 業種：.....

..... 才頃～..... 才頃まで..... 業種：.....

○通常就労 ○リハビリ出勤中 ○休職中 ○主婦 ○無職 ○その他（.....）

家族構成(両親・きょうだいも含め)についてご記入ください

ふりがな 名前	生年月日	どちらか に○を	
父	年 月 日	同居・別居	健康・病気・死亡(原因)
母	年 月 日	同居・別居	健康・病気・死亡(原因)
祖父	年 月 日	同居・別居	健康・病気・死亡(原因)
祖母	年 月 日	同居・別居	健康・病気・死亡(原因)
祖父	年 月 日	同居・別居	健康・病気・死亡(原因)
祖母	年 月 日	同居・別居	健康・病気・死亡(原因)
兄弟	年 月 日	同居・別居	健康・病気・死亡(原因)
兄弟	年 月 日	同居・別居	健康・病気・死亡(原因)
夫/妻	年 月 日	同居・別居	健康・病気・死亡(原因)
子	年 月 日	同居・別居	健康・病気・死亡(原因)
子	年 月 日	同居・別居	健康・病気・死亡(原因)
	年 月 日	同居・別居	健康・病気・死亡(原因)
	年 月 日	同居・別居	健康・病気・死亡(原因)

ご家族・ご親戚で、心療内科や精神科の受診歴がある方はいましたら、ご記入下さい。(続柄・診断名など) ○なし ○あり (.....)

相談機関や在宅サービスを受けている方は、ご記入下さい。

- 生活保護の方→.....福祉事務所 担当者.....
- 保健所保健所 担当者.....
- 児童相談所・支援センター担当者.....

現在お持ちの物がありましたら、記載をしてください

.....○無○有 (精神障害者手帳.....級・身体障害者手帳.....級・知的障害者手帳.....級)
○障害者年金していない○障害者年金受給している.....
○自立支援利用していない○自立支援利用中(指定医療機関(.....クリニック・病院)
介護保険お持ちの方は○を 申請中・要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5
 ケアマネージャー.....

現在心療内科・精神科以外で治療している病気はありますか? 病名.....

- 糖尿病 ○甲状腺疾患 ○心臓病 ○肝臓病 ○高血圧 ○腎臓病 ○喘息
- 心臓ペースメーカー・除細動器 ○緑内障 ○睡眠時無呼吸症候群 ○自己導尿 ○自己注射
- その他(.....)

心療内科・精神科通院・入院歴

○あり ○はじめて

ありの方は下記に詳細を記載ください。

病名()	病院	科任意・医療保護・措置
(通院・入院)	年 月 日(歳)から	年 月 日(歳)
病名()	病院	科任意・医療保護・措置
(通院・入院)	年 月 日(歳)から	年 月 日(歳)
病名()	病院	科任意・医療保護・措置
(通院・入院)	年 月 日(歳)から	年 月 日(歳)
病名()	病院	科任意・医療保護・措置
(通院・入院)	年 月 日(歳)から	年 月 日(歳)
病名()	病院	科任意・医療保護・措置
(通院・入院)	年 月 日(歳)から	年 月 日(歳)
病名()	病院	科任意・医療保護・措置
(通院・入院)	年 月 日(歳)から	年 月 日(歳)

心療内科・精神科以外通院・入院・手術歴

病名()	病院	科
(通院・入院・手術)	年 月 日(歳)から	年 月 日(歳)
病名()	病院	科
(通院・入院・手術)	年 月 日(歳)から	年 月 日(歳)
病名()	病院	科
(通院・入院・手術)	年 月 日(歳)から	年 月 日(歳)
病名()	病院	科
(通院・入院・手術)	年 月 日(歳)から	年 月 日(歳)
病名()	病院	科
(通院・入院・手術)	年 月 日(歳)から	年 月 日(歳)
病名()	病院	科
(通院・入院・手術)	年 月 日(歳)から	年 月 日(歳)

現在心療内科・精神科以外で内服している処方薬がありましたら、お書きください。

お薬手帳 ○持参 ○家にある ○なし

ご協力ありがとうございました。