



初診時 問診票

記入日:西暦 年 月 日

ふりがな		生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)
お名前			
住所			
電話番号			

※以下の項目は、差し支えのない範囲でご記入いただき、お答えが難しい箇所は空欄のままで構いません。

1. お困りの症状やご相談されたい内容についてご記入ください（例:眠れない、動悸がする）。

2. 上記症状が始まったのはいつごろからですか？ 西暦 年 月頃から

3. きっかけとなった出来事やストレスがあればご記入下さい。

4. 当てはまるものがありましたら✓をつけてください。

- ☐不安・緊張が強い ☐イライラする ☐食欲がない ☐体重減少(か月で kg) ☐食べ過ぎてしまう
☐疲れやすい ☐ドキドキする ☐息苦しい ☐頭痛 ☐めまい ☐吐き気 ☐気力がない ☐気持ちが落ち込む
☐考えがまとまらない ☐集中力がない ☐楽しめない ☐涙が出る ☐人に会いたくない ☐暴言、暴力がある
☐死にたい気持ちになることがある ☐身体を傷つけてしまう ☐昔の嫌な記憶がフラッシュバックする
☐電車に乗るのがつらい ☐嫌がらせを受けているように感じる

5. 夜は眠れますか？ ☐眠れる ☐寝つきが悪い ☐途中で目が覚める ☐早朝に目が覚める
平均睡眠時間 _____時間くらい(_____時 ~ _____時)

6. 今までに心療内科・精神科におかかりになったことはありますか？

☐ ない ☐ ある

かかった順にご記入下さい(だいたい結構です)。

- | | | | |
|---|----------|-----------|-----------------|
| ● | 年 月()歳~ | 年 月()歳 | 病院(通院・入院)・クリニック |
| ● | 年 月()歳~ | 年 月()歳 | 病院(通院・入院)・クリニック |
| ● | 年 月()歳~ | 年 月()歳 | 病院(通院・入院)・クリニック |
| ● | 今も受診中: | 年 月()歳から | 病院・クリニック |
- 診断名は聞いていますか？ いない・いる (診断名 _____)

7. 現在、もしくは今まで、身体のご病気にかかったことがありますか？

- 糖尿病 ☐なし ☐あり
心臓疾患 ☐なし ☐あり
緑内障 ☐なし ☐あり
その他 ☐なし ☐あり (病名:_____)

8. 現在服薬中のお薬はありますか？

☐なし ☐あり(薬剤名:_____)

9. 元来の(症状が出る前の)ご自身の性格について当てはまるものに✓をつけてください。

☐内向的 ☐社交的 ☐短気 ☐心配性 ☐几帳面 ☐おおざっぱ ☐協調性がある ☐責任感が強い
☐マイペース ☐頑固 ☐飽きっぽい ☐我慢強い ☐その他 ()

10. これまでの生活について伺います。

- 1) 出生地 _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村
2) 最終学歴 ☐中学校 ☐高校 ☐専門学校 ☐短大 ☐大学 ☐大学院
学校名 _____
3) 職歴 現在の仕事 _____ 歳頃～ 業種 _____ (現職中・休職中)
転職経験の有無 ☐なし ☐あり (_____ 回)

11. 家族構成などについてうかがいます。

両親はご健在ですか? ☐はい ☐いいえ (父 _____ 歳、母 _____ 歳)
兄弟姉妹 ☐なし ☐あり(あなたは 人兄弟(姉妹)の 番目)
婚姻歴 ☐未婚 ☐既婚(_____ 歳時) ☐離婚(_____ 歳時) ☐死別(_____ 歳時) 子供 ☐なし ☐あり(人)
現在同居中の方(_____)

12. 血縁のあるご家族、ご親戚で心療内科・精神科などを受診したことがある方、精神の病気にかかったことがある方、自殺で亡くなった方はいますか?

☐なし ☐あり(ご関係: _____ 病名など: _____)

13. 薬や食べ物でアレルギー反応や副作用が出た事がありますか?

☐ない ☐あり(具体的に: _____)

14. 嗜好品などについてうかがいます。

お酒は飲みますか? ☐いいえ ☐機会があれば ☐ほぼ毎日 (_____ を _____ ml/日程
度)タバコは吸いますか? ☐いいえ ☐はい (1日あたり _____ 本くらい)
シンナー・覚せい剤・大麻・LSD・MDMA などの使用歴 ☐なし ☐あり

15. (女性の方のみ)現在妊娠中ですか? ☐はい ☐いいえ ☐分からない

16. 当院はどこでお知りになりましたか?(当てはまるもの全てにチェックをお願いします)

☐他の医療機関 () ☐インターネットの検索 (Google・Yahoo・その他)
☐知人の紹介 ☐会社や学校(含む産業医・学校医)の紹介 ☐その他 ()

17. 当院で治療するにあたり希望することなどあれば、下記にお書き下さい。

18. マイナ保険証等を通じて、他院での薬や健診の結果を確認することに同意しますか? ☐はい ☐いいえ
ご記入ありがとうございました。