

問診票 ～初めて診察を受けられる方へ～

記入日 年 月 日

記載者氏名 ()

お名前 年齢 歳

同伴者お名前 続柄

1. 当院受診の理由についてお伺いします。

(ア) 外来通院希望

(イ) 入院希望

(ウ) その他 (具体的に)

2. お困りの症状や問題についてお伺いします。特に困っている項目には◎をお入れ下さい。(複数可)

① 物忘れがある		⑨ 起床が困難		⑰ 嫌がらせを受けている気がする	
② 意欲がない		⑩ 緊張が強い		⑱ 大声を出す	
③ 疲れやすい		⑪ 動悸がする		⑲ 徘徊がある	
④ 些細なことが気になる		⑫ めまいがある		⑳ 介護抵抗がある	
⑤ 憂うつ		⑬ イライラする		㉑ 食欲不振がある	
⑥ 眠れない		⑭ 人に会いたくない		㉒ その他	
⑦ 途中で目が覚める		⑮ 幻聴がある		(下欄に具体的にご記載下さい)	
⑧ 早朝に目が覚める		⑯ 妄想がある			

『㉒ その他』をお選びの場合、こちらへ具体的に症状をご記載下さい。

3. 今までに心療内科・精神科を受診したことがありますか？

① ない

② ある

年 月～ 年 月 医・病院 (通院 ・ 入院)

年 月～ 年 月 医・病院 (通院 ・ 入院)

現在通院中→ 年 月～ 年 月 医・病院

症状の診断名を聞いていますか？ いない ・ いる 診断名

③ ご家族や親戚の方に精神科受診歴のある方が いない ・ いる

4. これまでにかかったご病気がありますか？

① ない

② ある

1. 診断名/時期

2. 診断名/時期

3. 診断名/時期

『②ある』とお答えの方に伺います。現在通院中ですか？

通院中 ・ 通院していない

病院名： _____ 医・病院 _____ 科 _____

病院名： _____ 医・病院 _____ 科 _____

※上記以外で大きな事故にあった事があれば記入して下さい。

5. その他に現在受診している病院がありますか？病名も分かれば記入して下さい。

① ない

② ある

病院名： _____ 医・病院 _____ 科 _____

病院名： _____ 医・病院 _____ 科 _____

6. 現在飲んでいる薬があれば、記入して下さい。

① お薬を 服用している ・ 服用していない

② お薬手帳の有無についてお伺いします。 なし ・ あり ※コピーを頂きます

③ お薬手帳をお持ちでない方は薬剤名を分かる範囲でご記入下さい。

7. 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？

① ない

② ある 具体的に _____

8. 嗜好品についてお伺いします。

① タバコ 吸わない ・ 吸う _____ 本/日、 _____ 歳から

② アルコール 飲まない ・ 飲む _____ 合/日、 _____ 歳から

9. これまでの生活やご家族についてお伺いします。

(ア) 出生地は何処ですか? _____ 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県出身

(イ) 最終学歴についてお伺いします。 _____ 大学 ・ 高校 ・ 中学校 ・ 小学校卒業

(ウ) 職歴についてお伺いします。

_____ 歳頃まで 業種 _____ 勤務

現在 業種 _____ 勤務中

(エ) ご結婚についてお伺いします。

① 結婚歴の有無 なし ・ あり

② お子様はいらっしゃいますか? いる ・ いない

ご家族構成について (診察にてお伺いいたします)

10. 相談機関や在宅サービスの利用についてお伺いします。

① 介護保険認定 なし ・ あり ※介護保険証のコピーを頂きます

② 生活保護 なし ・ あり

_____ 福祉事務所名 _____ 担当者名

③ 保健所または支援センター なし ・ あり

_____ 機関名 _____ 担当者名

④ その他 なし ・ あり

_____ 機関名 _____ 担当者名