

問 診 書

_____年 _____月 _____日

記入者（本人・家族・その他）
今日はどなたと来られましたか（ _____ ）

お答えできる範囲でお答えください

お名前 _____（男・女）生年月日 _____年 _____月 _____日（ _____ ）歳

呼び出し時、お名前でお呼びしてもよろしいですか？ はい・いいえ

1. 現在、お困りのこと（症状）は何ですか？（記入しきれない場合は外来看護師にお知らせください）

・
・

あてはまるものがあれば○を付けてください

頭痛 耳鳴り めまい 吐き気 動悸 ふるえ しびれ 眠れない 食欲がない 性欲がない 不安
イライラ 興奮 気が重い 物忘れ 何もする気がしない いっそ死んでしまいたい 元気がよすぎる
職場に行きたくない 人前で緊張する 同じことを何回も繰り返す 人の視線が気になる

2. いつ頃から症状が始まりましたか？ _____年 _____月 _____日からまたは _____歳頃から

・どのような症状から始まりましたか？

・症状のきっかけをお書きください。

3. 以前に精神科や心療内科を受診したことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

・それはいつごろですか

① _____年 _____月 _____日 ～ _____年 _____月 _____日 _____病院 _____科

② _____年 _____月 _____日 ～ _____年 _____月 _____日 _____病院 _____科

・病名は聞いていますか？（ はい [病名 _____] ・ いいえ ）

・入院されたことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

「はい」の方にお聞きします。

入院日 _____年 _____月 _____日 ～ 退院日 _____年 _____月 _____日 _____病院

入院日 _____年 _____月 _____日 ～ 退院日 _____年 _____月 _____日 _____病院

4. これまでの生活について伺います

・生まれたところ _____ ・ご兄弟は何人で何番目ですか？（ _____人中 _____番目）

・生活していた場所 _____歳～ _____歳まで（ _____）

_____歳～ _____歳まで（ _____）

・最終学校名 _____中・高・専門・大学 卒業・ _____年時中退・ _____年在学中
学業成績（ 上・中・下 ） 交友関係（ 多い・普通・少ない ）

・今までなさった仕事は何ですか？ _____歳～ _____歳まで（ _____）

_____歳～ _____歳まで（ _____）

・ご結婚なさっていますか？ いいえ（ 未婚 ・ 離別 _____歳の時・死別 _____歳の時 ）

はい（ 結婚 _____歳の時・子供 _____人 構成 _____ ）

・お父様は健在ですか？（はい・いいえ）おいくつですか？（ _____歳）職業：（ _____）

・お母様は健在ですか？（はい・いいえ）おいくつですか？（ _____歳）職業：（ _____）

・現在はどなたとお住まいですか？（ 一人暮らし ・ 家族 [_____] ）

・血縁者の中で精神科にかかった方や自殺された方はいらっしゃいますか？

（ はい [それはどなたですか？：続柄 _____ 病名 _____] ・ いいえ ）

5. お身体について伺います

- ・ これまでにどんな病気をなさいましたか？
高血圧・喘息・糖尿病・緑内障・その他 (_____)
- ・ 結核(肋膜炎・労咳)の既往の有無 有 ・ 無 ・ わからない
- ・ 現在、他にかかっている病院はありますか？(内科など) (いいえ ・ はい _____)
- ・ 女性の方 最終月経 年 月 日～ 日間 ・ 閉経 (歳)
妊娠の有無 有 ・ 無 ・ わからない
- ・ 現在、飲んでいる薬はありますか？ (いいえ ・ はい _____)
- ・ アレルギーはありますか？
薬 (なし・あり _____)
食べ物 (なし・あり _____)
その他 (なし・あり _____)

6. 趣味などについてお伺いします。

- 趣味 (なし・あり _____)
- 宗教 (なし・あり _____)
- タバコ (吸わない ・ 吸う 1日 _____ 本くらい)
- お酒 (飲まない ・ 飲む 頻度は 毎日・週・月 _____ 回くらい
量は _____ 種類 _____)
- 違法・危険薬物 (使ったことがない 使ったことがある 使っている)

7. 性格についてお伺いします。(人に言われていることでも結構です)

- ・ 内向的・外交的・社交的・非社交的・几帳面・神経質・対人関係に気を使う・心配性
劣等感が強い・依存的・わがまま

8. 生活動作についてお伺いします。

- ・ 食事 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)
- ・ 排泄 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)
- ・ 入浴 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)
- ・ 歩行 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) 補助具 なし ・ あり (杖・車椅子・歩行器)

9. どのように当院をお知りになりましたか？

- 1、電話帳 2、インターネット 3、友人や知人 4、駅広告 5、医療機関からの紹介
- 6、公的機関から 7、その他 (_____)

* 差し支えなければ診察の際は帽子・サングラス・マスクをお取り下さい。

ありがとうございました。 (医) 薫風会 山田病院