このはな脳とこころの診療所　問診票



以下の質問は診察の重要な参考となります。
お手数ですが、わかる範囲で構いませんのでご記入をおねがいいたします。

年　　月　　日記入

ふりがな 氏名			
生年月日	T/S/H　　年　　月　　日（　　歳）	性別	男・女
現住所	〒		
電話番号		携帯番号	
ご職業		(代筆の場合)記入者続柄:	
紹介状	無・有→(　　)		
手帳	(　　)手帳　有・無	自立支援医療制度	有・無
介護保険	無・有→　要支援1・要支援2・要介護1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5		

1）今回、来院された目的、相談したい内容、一番困っていることについてお書きください。

2)いつごろから症状がはじまりましたか？

3)現在の状態・症状について、当てはまる□にチェックをしてください

□眠れない　□食欲がない
□物忘れ　□頭が悪くなったように感じる　□日時がわからない
□人の顔がわからない
□イライラする　□元気がでない　□不安で仕方ない　□気持ちが落ち込む
□胸がどきどきする　□息苦しい
□何もする気がしない　□考えがまとまらない　□決断できない　□集中力がない
□元気が良すぎる　□しゃべりすぎる　□気が大きくなった
□実際にはないはずのものが見えたり、聞こえたりする　□いじわるをされている
□実際にはありえないようなことを話す
□いわゆる自傷行為がある
その他(　　)

4)今まで、精神科・心療内科の治療を受けたことはありますか

□受けていた　□受けていない

年頃　　病院に　　年　　ヶ月入院 ・ 通院した(診断名　　)

年頃　　病院に　　年　　ヶ月入院 ・ 通院した(診断名　　)

年頃　　病院に　　年　　ヶ月入院 ・ 通院した(診断名　　)

5)今までにかかった、主な病気や怪我はありますか

□ない　□ある

歳　病名(　　) 現在治療中ですか(はい ・ いいえ)

歳　病名(　　) 現在治療中ですか(はい ・ いいえ)

6)現在服用中の薬はありますか？

□ない　　□ある(薬品名:　　)

7)今までに薬や食べ物などでアレルギーをおこしたことはありますか

□いいえ　□はい →内容を教えてください(　　)

8)お酒は　　□飲まない　□飲む(機会があったら ・ 週の半分くらい ・ 毎日)

タバコは　　□吸わない　□吸う(一日　　本程度)

9)女性の方へうかがいます

現在妊娠の可能性はありますか？　　はい ・ いいえ ・ わからない

生理不順はありますか？　　はい ・ いいえ

更年期ですか？　　はい ・ いいえ

10)介護保険を受けている方に伺います

現在利用しているサービスはありますか？

ない・ある→(　　)

ありがとうございました