

# 問診票



初めてご来院の方に診察の参考となる事柄をお伺いします。

診察前には職員による問診もございます、簡単で結構ですのでご協力下さい。

また、現在、内服している薬がある方は、受付にお薬手帳をお預け下さい。

ふりがな ご氏名：	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
現住所 〒 県 市・町	電話番号
ご職業	同伴者 続柄 ( )
かかりつけ医	自立支援医療 利用あり 利用なし
介護保険の利用 あり なし ありの方は、介護度 (要支援・要介護 )	障害者手帳 利用あり 利用なし

## 1. 本日、来院された理由や相談したいこと、困っていることを教えてください

いつ頃から	どんな症状がありましたか？

## 2. 現在の状態や症状について当てはまるものをチェック(✓)して下さい

- 眠れない    食欲がない    頭の回転が悪い    物忘れがある    日時が分かりにくい  
人の顔が分かりにくい    イライラする    不安で仕方がない    元気がない  
気持ちが落ち込む    緊張が強い    息苦しい    動悸がする    過呼吸になる  
やる気が出ない    考えがまとまらない    決断できない    集中しにくい  
元気が出すぎる    ついつい話しすぎる    気が大きくなる  
実際にはないものが見える、聞こえる    意地悪をされている    現実と空想の区別がつきにくい  
同じ事をグルグル考える    自分を傷つける行為をすることがある  
その他 ( )

## 3. 今まで心療内科や精神科で診断や治療を受けたことがありますか？

\_\_\_\_歳頃 \_\_\_\_\_病院で \_\_\_\_年\_\_力月 治療した (通院・入院・両方) 診断名 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_歳頃 \_\_\_\_\_病院で \_\_\_\_年\_\_力月 治療した (通院・入院・両方) 診断名 \_\_\_\_\_

## 4. これまでの入院や定期的な通院が必要なケガや病気をしたことがありますか？

\_\_\_\_歳頃 \_\_\_\_\_病院 診断名 \_\_\_\_\_ 治療内容 \_\_\_\_\_

## 5) 女性の方にお伺します

- ・現在妊娠の可能性はありますか？    ない・ある・わからない
- ・生理不順はありますか？    ない・ある
- ・更年期と覚えることはありますか？    ない・ある

ご協力ありがとうございました