

# 日本原病院 心療内科外来 成人用問診票

お困りのことを理解するために症状やご病気などについてお尋ねします。

わからないもの、記載したくないものについては飛ばしていただいて構いません。

## 1、お名前を教えてください

患者氏名 ( ) 記入者 ( ) (続柄: )
記入日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日

## 2、相談について

1) 相談したい内容をご記入ください。
2) 今回のことで他の医療機関を受診しましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 受診 ( ) 年 ( ) 月頃 医療機関名 ( ) 科名 ( )
3) その症状はいつ頃からありますか?
4) その症状が起こるきっかけはありましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → どのようなきっかけがありましたか?
5) その症状のために、生活にどのような影響・支障がありますか?
6) その症状はどのようなときに悪くなり、または良くなりますか? 悪くなる時 ( ) 良くなる時 ( )
7) 受診しようと思ったきっかけ <input type="checkbox"/> 自分で受診しようと思った <input type="checkbox"/> 人に勧められた ( どなたに勧められましたか? : ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

## 3、現在の状態について

睡眠: 就寝 ( ) 時頃 起床 ( ) 時頃 <input type="checkbox"/> 寝付きが悪い <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> 朝早く目が覚める <input type="checkbox"/> 熟眠感がない <input type="checkbox"/> 日中に眠くなる <input type="checkbox"/> いびきが大きい <input type="checkbox"/> 睡眠中に息が止まっている
食欲 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 減っている <input type="checkbox"/> 増えている <input type="checkbox"/> 美味しいと感じない
体重 ここ6ヶ月で体重が <input type="checkbox"/> 変化ない (2kg以内) <input type="checkbox"/> 減った ( ) kg <input type="checkbox"/> 増えた ( ) kg
便秘 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 下痢気味 <input type="checkbox"/> 便秘気味 <input type="checkbox"/> 便秘と下痢を繰り返す
身体のどこかに繰り返しおこる持続する痛みがありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → どこですか? ( ) いつ頃からありますか? 約 ( ) 年 ( ) ヶ月

## 4、今までの病気について

1) 生まれてから今まで当てはまるものがあればチェックしてください
幼少期 <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> 発育・発達の遅れ・発達障害 <input type="checkbox"/> けいれん/てんかん <input type="checkbox"/> 大きな怪我 <input type="checkbox"/> 不登校 <input type="checkbox"/> ひきこもり <input type="checkbox"/> その他 ( )
身体 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー <input type="checkbox"/> その他 ( )
精神科 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 双極性障害 (躁うつ病) <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 強迫性障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ( )

# 日本原病院 心療内科外来 成人用問診票

## 5、お薬について

現在、飲んでいる病院の薬、市販の薬、サプリメントがありますか

なし  ある → 何を飲んでますか ( )

お薬手帳や薬剤情報をお持ちでしたら一緒にお見せください。

薬の副作用が出たことがありますか？

なし  ある → 薬の名前と症状は？ ( )

## 6、喫煙、飲酒について

喫煙： 吸わない  吸う ( 本/日 × 年間)

禁煙した ( 年前) → 以前はどの程度喫煙していましたか ( 本/日 × 年間)

飲酒： 飲まない  飲む 種類 ( ) 量 (1日 ) 頻度 (週 日)

## 7、女性の方へ

妊娠の可能性、授乳について → 妊娠の可能性が  ある  ない  授乳中

## 8、学校/職業や趣味などについて

1) 最終学歴

中学校  高校  専門学校  短大  大学  大学院  その他 ( )

→ ( 卒業 ・ 中退 ・ 在学中 )

2) 職歴についてお尋ねします

現在の職業 ( )

今までの職業 ( )

3) 好きなこと・趣味が何かありますか？

## 9、ご家族について

1) どなたと同居していますか？ 可能ならご年齢、職業も記載ください

2) 血縁の方で、精神科や心療内科にかかっている/いた人はいますか？

はい (続柄： )

(病名や症状： )

いいえ

3) あなたを一番支えてくれるのはどなたですか？ (家族外の方でも構いません)

ご協力ありがとうございました。