

問診票

ID:

問診日：平成 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ (代筆者 _____) 年齢 歳

生年月日 . . 性別 男 女

身長 cm 体重 kg

住所 (〒 _____)

電話番号 _____ ご家族のお名前・続柄 _____

ご家族の電話番号 _____

1. 本日は、どのようなことで相談にいらっしゃいましたか。(いくつでも可)

気分が落ち込んでいる・気分が上がりすぎる・気分の波がある・
以前楽しめたことが楽しめない・集中できない・何をするにも億劫な感じがする・
死んでしまいたいと感じる・寝つきが悪い・夜中や明け方目が覚めてしまう・
ぐっすり寝た気がしない・寝すぎてしまう・足がむずむずする・食べられない・
食べ過ぎてしまう・自分を傷つけてしまう・落ち着かない・不安を感じる・
イライラする・動悸がする・息苦しくなる・人前で緊張する・
鍵の開け閉めなどが気になる・汚れているのではと気になる・独り言を言う・
1人有的时候に誰かの声が聞こえる・誰かに見られている感じがする・
お酒が止められない・薬物が止められない・もの忘れ・性格が変わった・
暴言・暴力・めまい・ふらつき・意識を失う
その他(_____)

2. また、その症状(問題)はいつ頃から続いていますか。

年 月から 現在は、悪くなっている・良くなっている・変わらない

3. 今までに他の病院や診療所に相談に行かれましたか。

■はい ■いいえ

病院 通院期間 _____ ~ _____

病院 通院期間 _____ ~ _____

病院 通院期間 _____ ~ _____

4. 3.ではいと答えた方

その病院で自立支援医療を受けていましたか。

■はい ■いいえ

5. 本日、紹介状はお持ちですか。

■はい ■いいえ

6. ご家族について教えてください。

続柄	年齢	(同居・別居)
続柄	年齢	(同居・別居)
続柄	年齢	(同居・別居)
続柄	年齢	(同居・別居)

7. 今までかかったことのある病気を教えてください。

■ない ■ある ()

8. 普段お飲みになっている薬があれば教えてください。

■ない ■ある ()

9. 食べ物やお薬のアレルギーがあれば教えてください。

■ない ■ある

食べ物： _____ お薬： _____

10. お酒は 飲まない・たまに飲む・週1~2日・週3~4日・ほぼ毎日

平均すると ビール・焼酎・日本酒・ワイン・ウイスキーを1日 () ml・本

11. こちらの精神科をどちらでお知りになりましたか。(いくつでも可)

(1) 他の医療機関 (2) 病院の紹介で (3) 記事(雑誌・新聞) (4) 本

(5) インターネット (6) 友人・知人・家族から (7) その他 ()

12. 現在の健康状態を教えてください。

■よい

■悪い 具体的に：