

問診票

精神科の初診は時間を要するため待ち時間が長くなります。そこで診察を迅速にするために、下記の事項をご記入ください。該当項目を○で囲んでください。わかる範囲でかまいません。

ふりがな
ご本人の氏名 _____ 年齢 _____ 歳 記入者 (_____) 続柄 (_____)

住所 (_____) 連絡先 (_____)

同伴者 (_____)

○現在困っている事(症状)について具体的に教えてください(またはあてはまるものに○をつけてください)

(_____)

頭痛 吐気 眼がよく見えない 震え 言葉のもつれ しびれ 手足が不自由 ひきつけ
気を失った 物忘れ 頭が悪くなった 間違った行動 人柄が変わった いらいら 不安
元気がでない 性欲がない 気が重い 気が沈む 考えがまとまらない 何もする気がしない
元気がよすぎる シャベリすぎる ひきこもっている もの悲しい 一人笑いをする 独り言
人の声が聞こえてくる 乱暴 興奮 みんなが噂している 実際にはないものが見える、聞こえる
なんとなく周囲が変わったように感じる 人が変な目でみってくる

○これらの症状はいつ頃から始まりましたか? _____ 年 _____ 月頃から (または _____ 歳から)

○発症のきっかけと思われることはありますか? ない・ある

内容 (_____)

記載不要

○今までにこの病気(症状)、もしくは精神的な症状で治療を受けたことがありますか?

ない・ある

(_____ 年 _____ 頃に _____ 病院 診断名 _____ で _____ 年 _____ 月 入院・通院した)

(_____ 年 _____ 頃に _____ 病院 診断名 _____ で _____ 年 _____ 月 入院・通院した)

(_____ 年 _____ 頃に _____ 病院 診断名 _____ で _____ 年 _____ 月 入院・通院した)

(_____ 年 _____ 頃に _____ 病院 診断名 _____ で _____ 年 _____ 月 入院・通院した)

記載不要

※裏面もあります

○今までにかかった（もしくは治療中）主な病気（身体的）や怪我について教えてください

- ・ _____ 歳 病名 _____ (治療中・終診) (_____) 病院
- ・ _____ 歳 病名 _____ (治療中・終診) (_____) 病院
- ・ _____ 歳 病名 _____ (治療中・終診) (_____) 病院
- ・ _____ 歳 病名 _____ (治療中・終診) (_____) 病院

記載不要

○元来の性格について、あてはまるものに○をつけてください（いくつでもかまいません）

物静か 内気 臆病 繊細 従順 非社会的 / 陽気 活動的 世話好き 情にもろい 気分屋 社交的
/ 几帳面 執着 粘着 口数少ない 怒りっぽい / 生真面目 仕事熱心 凝り性 義務感が強い 融通
がきかない / 派手好き わがまま 空想的 依存的 / 些細なことにこだわる 自信がない 不確実感
劣等感 / 神経過敏 緊張しやすい 自己抑制強い 心氣的 / 自信強い 頑固 協調性欠く 独善的
/ 根気なし お人好し 軽佻 環境に左右されやすい

その他 (_____)

○教育・生活史について教えてください

- ・ 出生地 (_____) 例) 茨城県日立市
- ・ 住所 (_____)
例) ~18歳 茨城県日立市 18歳~ 東京 80歳~ 茨城県日立市
- ・ 家族構成 (_____) 例) 7人兄弟の3番目次男
【※別紙に家系図を記入してください】
- ・ 結婚歴 なし ・ あり (T.S.H _____ 年 子供 _____ 人)

記載不要

- ・ 最終学歴 (_____) 卒業 ・ 中退 ・ 在学中 ・ その他
(小学校以来の成績 上 ・ 中 ・ 下)
- ・ 職業歴
(_____ 年から _____ 年まで _____)
(_____ 年から _____ 年まで _____)
(_____ 年から _____ 年まで _____)
(_____ 年から _____ 年まで _____)

記載不要

- ・アレルギー なし ・ あり (具体的に_____)
- ・嗜好品 お酒 飲まない ・ 飲む (一日に_____を_____ml くらい、週_____日飲む)
- たばこ 吸わない ・ 吸う (一日_____本くらい)
- ・薬物依存 なし ・ あり
- 【 処方薬 ・ 睡眠薬 ・ 頭痛薬 ・ 咳止め薬 ・ その他 (_____)】
- ・信仰している宗教 なし ・ あり (宗教の名前_____)
- ・趣味 なし ・ あり (_____)
- ・介護保険 なし ・ あり (・要支援_____ ・要介護_____)
- ・障害者手帳 なし ・ あり (_____級)
- ・特定疾病 なし ・ あり (_____)

○お薬の服用はしていますか？常用薬はありますか？

ない ・ お薬手帳参照 ・ ある (薬の名前_____)

○車は運転されますか？ する ・ しない

○体調について教えてください

- ・身長 (_____cm) 体重 (_____kg) ・利き手 右 左
- ・睡眠 【(約 時間程度) 寝つきが悪い ・ 夜中目が覚める ・ 朝早く起きる
- ・食欲 良 ・ 不良 (一日____食) ・この6ヶ月での食事量の増減 なし ・ あり
- ・この6ヶ月での体重の増減 なし ・ あり (_____kg)
- ・便秘 良 ・ 普通 ・ 不良

※以下は介助が必要な方のみご記入ください

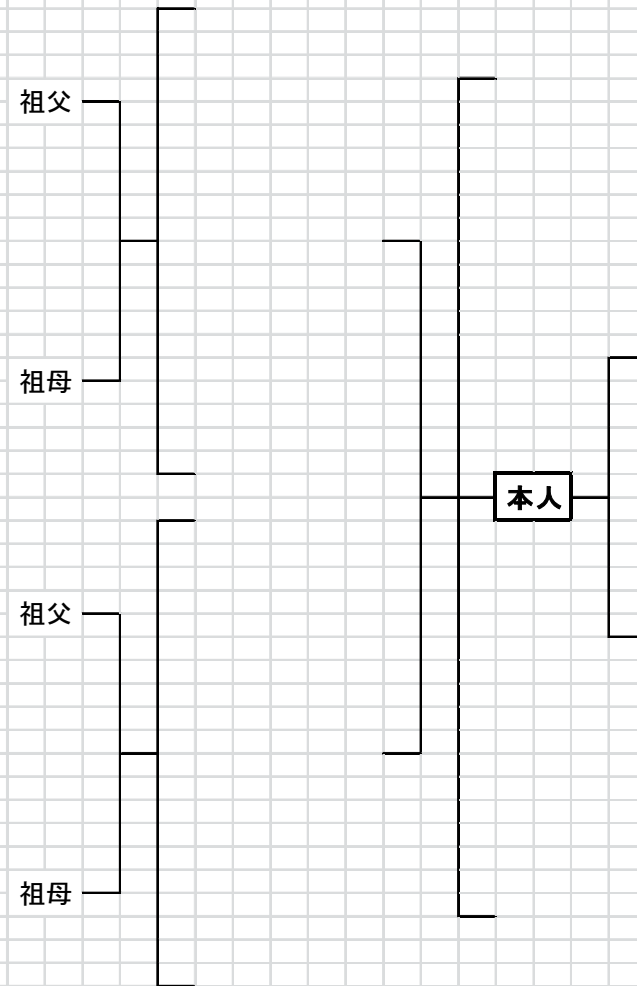
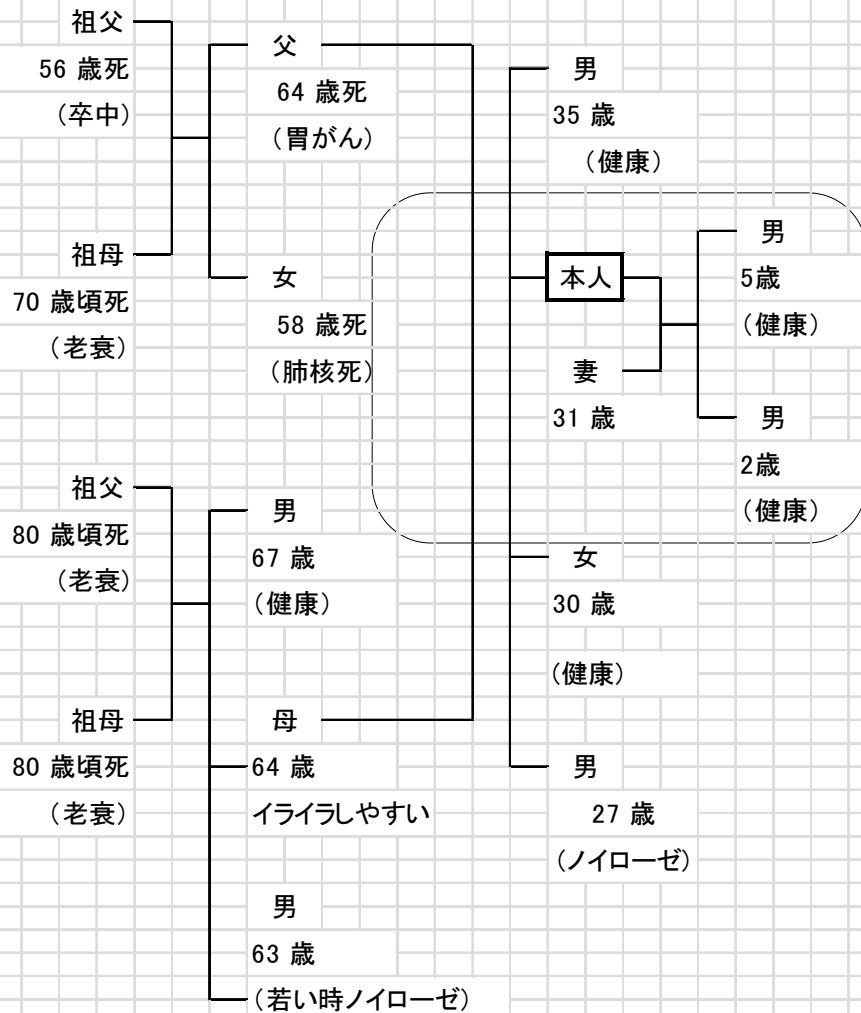
- ・疎通性 会話に問題なし ・ いくらか通じる ・ 疎通不良 (難聴 ・ 障害あり)
- ・歩行 可能 ・ 杖使用 ・ 車椅子を使用
- ・入浴 毎日 ・ 隔日 ・ たまに ・ 入らない (一部介助 ・ 全介助)
- ・食事 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (普通食 ・ おかゆ ・ 刻み ・ 特別食)
- ・トイレ 自分でトイレに行ける ・ 声かけが必要 ・ おむつ使用
- ・更衣 可能 ・ 一部介助 ・ 全介助

○何かご要望があればお書きください

(_____)

下記の例にならって記入して下さい

例)



上から年齢順に
記載してください

同居されている方を○で囲んでください