

記入年月日： _____年__月__日

ID： _____

問診表

(ふりがな)

【名前】 _____

【性別】 女性・男性・その他

【生年月日】 西暦 _____年__月__日 (_____才)

【住所】 〒 _____ 住所はマンション名まで記載してください
_____ 県・都 _____ 市・区

【電話番号】 自宅： _____ 携帯： _____

【メールアドレス】 _____

【緊急連絡先】 名前： _____ 関係： _____ 電話番号： _____

【主な症状と症状が出現した時期】 (例： 1 か月前から不安で眠れなくなった)

いつ頃： _____ 症状： _____

【付随する症状に○】

気持ちの落ち込み ・ 不眠 ・ 不安 ・ 緊張 ・ 動悸 ・ 呼吸苦 ・ 頭痛 ・ 肩こり ・ 嘔気 ・ 食欲不振
過食 ・ 集中困難 ・ イライラ ・ 手足の冷え ・ 決まった行動がやめられない

その他 (_____)

【来院の目的】 (例：薬で眠れるようになりたい) _____

【来院の意思】 自ら希望 ・ 周囲の勧め

【睡眠時間】 (24 時間表記) _____時～ _____時まで睡眠、途中で起きる回数： _____回、昼寝 (有 ・ 無)

【体重減少・増加】 有の場合： _____カ月で _____kg (減少 ・ 増加)

【薬物治療の希望】 薬物治療でも良い・治療が遅れてもなるべく避けたい

【最終学歴】 小学校・中学校・高校・大学・その他 (_____)

【仕事の有無と内容】 有・無 業務内容： _____

【就業日数】 週 _____日 (就業日数の不定の人：月に _____日)

【月の残業時間】 0-10 時間、10-30 時間、30-80 時間、80 時間以上

【家族歴】 親族に心療内科へ通院していた人 (有 ・ 無)

有の場合→あなたとの関係： _____ 疾患名： _____

【心療内科・精神科通院歴】 有・無

有→西暦 _____年__月～ _____年__月 病院名： _____ 診断： _____

西暦 _____年__月～ _____年__月 病院名： _____ 診断： _____

西暦 _____年__月～ _____年__月 病院名： _____ 診断： _____

【持病】 なし・ 喘息 ・ 高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 心臓病 ・ 甲状腺機能亢進症 ・ 甲状腺機能低下症
メニエール病 ・ その他 (_____)

【飲酒】 飲まない ・ 週に 2,3 回 ・ ほぼ毎日 _____を _____ml

【タバコ】 吸わない / 吸う ・ やめた 1日 _____本を _____年間

【カフェインの摂取】 コーヒー ・ 紅茶 ・ 緑茶 を 1日 _____杯程

【アレルギーの出た薬や食品】 無 ・ 有： _____で _____の症状が出現した

【取得しているものがあれば○】 障害年金 ・ 精神保健福祉手帳 ・ 療育手帳 ・ 自立支援医療

【当院を知った理由】 HP ・ 看板 ・ 知人の紹介 ・ 通りすがり

家族図 (診察で聞き取ります)