

問 診 票

患者さまの正しい理解のために、できるだけ具体的な記載をお願い致します。

患者様氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男・女

受診の目的 診断・処方・入院・説明や助言・書類作成・デイケア利用・他施設を紹介 その他
(具体的に: _____)

現在お困りの事柄、症状、状況はどのようなものですか？ (あてはまるものがあれば○)

不眠 抑うつ 不安 いらいら 頭がまとまらない 生きていたくない 自分の体を傷つける
監視されている 変な声が聞こえる 感情が不安定 お酒が止められない 物忘れが激しい

具体的
内容

それはいつからですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日ころから (または _____ 歳頃)

思い当たる原因はありますか？ ない・ある

具体的内容

症状の経過をお書き下さい *時期、内容等

これまで神経・精神科の治療を受けられましたか？ 無・有(病名、受診期間、医療機関等記入)

現在治療中の病気・ケガ等がありますか？ 無・有(病名、受診期間、医療機関等記入)

過去に大きな病気やけがをした事がありますか？ 無・有(病名、受診期間、医療機関等記入)

問 診 票

現在の健康状態 (あてはまるものに○)

食欲 普通・問題あり(食思不振・食欲過多 身長 cm 体重 kg 半年内の増・減 Kg)
 睡眠 普通・問題あり(入眠困難・浅眠/中途覚醒・多夢・早朝覚醒・過眠・昼夜逆転)
 お酒 飲まない・時々飲む・ほぼ毎日飲む (酒量: 1日主に を 位)
 たばこ 喫煙歴 無・有(本数: 1日 本 年数: 年 (才から 才))
 市販薬の服用 無・有()
 アレルギー 無・有(花粉症・アトピー・ぜんそく・その他:)
 罹患中の感染症*近親者含 無・有(具体的に:)
 妊娠の可能性 無・有 生理 順調・不順、最終(月 日) 便通 便秘・下痢・普通

幼少期の状況等についてお聞かせ下さい

出身地() 兄弟数:()人兄弟()番目 実家の家業()
 発育・養育状況 特記無し・特記有り(例:周産期異常、発達の異常、不適応等)
 (具体的に:)
 虐待の有無:無・有(具体的に:)
 血縁者で精神科受診経験のある方は? 無・有(具体的に:)

学歴と就学状況についてお聞かせ下さい (あてはまるものに○)

最終卒業 (中学・高校・専門・大学) を (卒業・中途退学・在学中・休学中)
 就学状況*成績・いじめ・不登校等

職歴と現在の職業をお聞かせ下さい

結婚歴、お子様の有無等をお聞かせ下さい

活用している社会資源の状況をお聞かせ下さい (あてはまるものに○)

自立支援医療 無・有(有効期限 年 月)・申請中
 精神保健福祉手帳 無・有(級)・申請中 その他手帳の所持 無・有()
 年金 無・有(障害・老齢)年金・申請中
 介護保険 無・有(介護1・2・3・4・5 要支援1・2)・申請中
 その他福祉サービスの利用 無・有(具体的に:)

その他特記事項

以上です。ご協力ありがとうございました。