

問診票 【成人用】

恐れ入りますが診察がスムーズに進むよう、わかる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

なお、記入いただいた個人情報は診察行為に関してのみ使用いたします。

事前にご相談者様の同意なく第三者に開示、情報の漏洩をすることはありません。

記入日： 年 月 日

記載者名：

患者様との続柄： 本人 ・ 父 ・ 母 ・ その他（ ）

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日（ ）歳
所属	高・大・その他 年 学校名： フルタイム・パートタイム・無職・定年退職・専業主婦 職場名：
ご住所	〒 —
連絡先	ご自宅（ ） — 携帯 【本人・父・母・その他（ ）】 クリニックの名前を出してお電話してもよろしいでしょうか？ はい ・ いいえ

■本日はどなたと来院されましたか？

本人のみ ・ 父 ・ 母 ・ その他（ ）

■当院をどちらでお知りになりましたか？

ホームページ 医療機関の紹介（病院名： ）

知人・友人の紹介 福祉機関からの紹介（施設名： ）

看板を見て タウンページ インターネット その他（ ）

■どのような症状・お困りごとでこちらにみえましたか？

■当クリニックを受診するにあたって希望されることを教えてください

- 診察 検査（内容： ） 診断書作成
- 薬物療法 セカンドオピニオン
- その他（ ）

■下記の項目で現在ある症状がありましたらチェックしてください

- やる気がでない イライラする 勉強や授業、仕事に集中できない
- 急に気分が落ち込む、不安になる いつも眠い 夜眠れない
- 物忘れが多い、スケジュール管理が苦手 突然予定が変更されると、パニックになる
- 場の空気を読めない なんとなく不安、恐怖感がある
- 人前に出ると緊張し、動悸がする、息苦しい
- 突然息苦しくなる、動悸がする、めまいがする 疲れやすい
- 人目が気になる、ずっと見られている感じがする 悪口を言われてる気がする
- 他人の考えがわかったり、自分の考えがまわりに伝わっている感じがする
- 何度手を洗ってもきれいじゃない気がする 汚れが気になる
- 落ち着かない、そわそわする 授業中に立ってしまう
- 食べ過ぎてしまう、吐いてしまう 食欲がない 性欲がない
- ものの順番や位置が気になる 誰もいないところで声が聞こえる
- 常に雑念が思いついてしまい、頭から離れない 下痢と便秘を繰り返す
- 自分が自分じゃない気がする 電車、バスなどの公共交通機関に乗れない
- 自分の意思とは関係なく、体の一部が動く、声が出てしまう
- 自分で自分の体を傷つけてしまう 気分が高くなる
- アルコールに依存してしまう 薬物を使用している・したことがある

■それらの症状はいつからありましたか？

年 月 日（または 歳から）（または 週 ヲ月前から）

■症状が出るきっかけ（原因）と思われるようなものはありますか？ ある ・ ない

あるとお答えの方はその内容を差し障りのない範囲で教えてください。

■それらの症状について他の医療機関・福祉機関などに相談したことはありますか？

ない

ある （ 現在継続して相談している ・ 過去に相談したことがある ）
どちらへ相談されましたか？

■もともとの性格はいかがですか？

社交的 明朗 おしゃべり 神経質 繊細 几帳面
まじめ きれい好き 頑固 無口 負けず嫌い 自己中心的
世話好き 無頓着 無愛想 その他（ ）

■生活史についてお答えください

現在の職業は： _____ （ ）歳から
以前の職業は _____ （ ）歳から（ ）歳
_____ （ ）歳から（ ）歳
_____ （ ）歳から（ ）歳
_____ （ ）歳から（ ）歳
最終学歴は（ _____ ）

■福祉手帳をお持ちですか？

ない ・ ある

- ・療育手帳 (等級:)
- ・精神保健手帳 (等級:)
- ・身体障害者手帳 (等級:)

■発達や知能の検査を受けたことがありますか？

ない ・ ある

○ある方は最新の検査についてご記入ください

- ・検査を受けた時期 (年 月 または 歳頃)
- ・検査を受けた場所 ()
- ・検査の種類
(新版K式 ・ ビネー式 ・ WISC ・ WAIS ・ その他 ())
- ・結果がわかれば教えてください ()

■ご家族について教えてください

- ・現在の家族構成

お名前	年齢	ご関係	同居・別居	学生・職業

- ・ご家族や他の血縁者(叔父・叔母を含む)の中で精神科や心療内科を受診されたことのある方はいらっしゃいますか？

いる ・ いない

いると答えた方へ 病名 () 続柄 ()
病名 () 続柄 ()

■結婚についてお答えください

現在は： 独身 ・ 既婚 今までに：離婚（ 回／再婚／死別）
結婚時期： 昭和・平成・令和 年 月（ 歳の時）

■今までに薬や食品でアレルギーを起こしたことはありますか？

ない
ある（薬品または食品名： ）

■常用薬はありますか？

ない
ある（薬品名： ）

■嗜好品はありますか？

たばこ： 吸わない ・ 吸う（ 本/日）（ 歳から）
お酒： 飲まない ・ 飲む（ 歳から どれくらい： ）
その他：（ ）

■今までに体の病気で入院や通院をしたことがありますか？

何歳の時に	どんな病気で	医療機関名

■女性の方のみご記入ください

初潮： 歳 終経： 歳
生理不順： あり ・ なし

■診察にあたりご要望がありましたら、ご自由にお書きください