

【問診票】

1 現在困っている症状は何ですか？（あてはまるものに○をつけるか、その他の欄にご記入ください）

- | | | | |
|--------------|------------------|-----------------|------------------------|
| 1 腹痛 | 14 眠れない | 23 気が重く沈む | 35 何となく周囲が変わった感じがする |
| 2 はき気 | 15 いらいらする | 24 もの悲しくなる | 36 他人が変な顔でみる |
| 3 めまい・耳鳴り | 16 なんとなく不安 | 25 何もする気がしない | 37 他人に陰口をいわれる |
| 4 胸がドキドキする | 17 考えがまとまらない | 26 無口になった | 38 実際にないものが見えたり聞こえたりする |
| 5 肩こり・頭が重い | 18 すぐにカッとする | 27 死にたくなる | 39 誰かが自分をおとし入れようとしている |
| 6 ひきつけ(ケイレン) | 19 他人の視線が気になる | 28 食欲・性欲がない | 40 人をさけ自室にとじこもる |
| 7 失神 | 20 くり返し確かめないと不安 | 29 だるい疲れやすい | 41 つじつまのあわない言動をする |
| 8 手のふるえ | 21 自分が自分でない感じがする | 30 活動しすぎるようになった | 42 体のあちこちが痛い |
| 9 ロレツがまわらない | 22 自分が自分でない感じがする | 31 おしゃべりになった | |
| 10 物忘れ | 23 自分が自分でない感じがする | 32 お金を使いすぎる | |
| 11 作り話をする | 24 自分が自分でない感じがする | 33 攻撃的になった | |
| 12 酒がやめられない | 25 自分が自分でない感じがする | 34 不意に涙が出る | |
| 13 酒で失敗が多い | 26 自分が自分でない感じがする | | |

・その他

2 いつ頃から症状が始まりましたか？

_____年 _____月頃から(または _____才頃)

3 きっかけとなった出来事や状況ストレスなど、思い当たることがございましたらお書きください。

4 今まで今回の症状について他の医療機関で診てもらいましたか？

☐ いいえ（この項目の質問は終了です）

☐ はい

- ① _____年 _____月～ _____年 _____月まで医療機関名： _____ の 外来・入院
- ② _____年 _____月～ _____年 _____月まで医療機関名： _____ の 外来・入院
- ③ _____年 _____月～ _____年 _____月まで医療機関名： _____ の 外来・入院

・その際どのように診断されましたか _____

・その際どのような治療を受けましたか _____

・心療内科・精神科で処方されたお薬がございましたらご記入ください。（わかる範囲で結構です）

※お薬手帳をお持ちでない場合、心療内科・精神科以外で処方されたお薬もこちらにご記入ください。

5 生い立ちについてお答えください

- ・出身地はどちらですか ()
- ・兄弟姉妹は何名で、ご自身は何番目ですか () 人中 () 番目
- ・生まれた時に変わったことはありましたか？ ☐ ない ☐ ある ()
- ・発達の遅れを指摘されたことはありましたか？ ☐ ない ☐ ある ()

6 最終学歴

- ・学校名 () ☐ 中学 ☐ 高校 ☐ 専門学校 ☐ 大学 ☐ 大学院
- ・学校の成績は ☐ 良い ☐ 普通 ☐ 悪い ☐ 在学中 ☐ 中退 ☐ 卒業

7 現在の職業についてお答えください

- ・現在 ☐ 仕事をしていない ☐ 仕事をしている (いつから :) 職種 : ()

8 以前の職歴があればお書きください :

()

9 ご結婚についてお答えください。 ☐ している (回目・ご結婚年齢 歳)

☐ していない ☐ していたことがある (回数 : 回・() 歳 ~ () 歳)

10 お子さんについてお答えください。

☐ いない ☐ いる (年齢と性別 :)

11 同居の方がいらっしゃいましたらお答えください。

☐ 父 ☐ 母 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 義父 ☐ 義母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ 交際相手 ☐ 友人 ☐ その他 ()

12 ご家族の中で、心の病気の方がいらっしゃいましたらお答えください。

☐ いない ☐ いる ()

13 現在治療中のからだの病気についてお答えください。

☐ ない ☐ ある ()

14 これまでに入院や手術をした病気についてお答えください。

☐ ない ☐ ある ()

15 現在内服している薬がありましたらお答えください。

☐ ない ☐ ある ()

16 食べ物や薬などのアレルギーがありましたらお答えください。

☐ ない ☐ ある ()

17 お酒の量についてお答えください。

☐ 飲まない ☐ 飲む () を () ml、週 () 回

18 タバコについてお答えください。

☐ 吸わない ☐ 吸う 1日 () 本

19 薬物(脱法ドラッグ、大麻、覚醒剤など)についてお答えください。

☐ 使用したことはない

☐ 使用していたことがある (何を :) (いつ頃 :)

20 身長・体重についてお答えください。 身長 : () cm 体重 : () kg

21 女性の方のみお答えください。 ☐ 現在妊娠している (可能性含む) ☐ 現在授乳している

*当院への受診のことをご家族はご存知ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

*受診時に同伴の方はいらっしゃいますか？ ☐ はい ☐ いいえ (いる場合は、ご本人との続柄 :)

*記入者の氏名 (代筆の場合は、ご本人との続柄 :)

【 受診票 】

ふりがな			戸籍上の性別
お名前			男 ・ 女
生年月日	年 月 日（満 ）才		
ご住所	〒		
電話番号	自宅：	携帯：	
メールアドレス			
※メールアドレスは予約確認のメールをお送りするためのものです			
事務上の連絡先	いずれかに○印をつけてください ⇒ 自宅・携帯・その他（ ） 連絡の際にクリニック名を名乗ってもいいですか？ ⇒ 可 ・ 不可		
緊急時の連絡先 （本人様以外）	（続柄： ）		

*当院をどのようにしてお知りになりましたか。いずれかに○印をつけてください。

■他院などからの紹介 → 施設名（ ）
■チラシ → ポストにそのまま入っていた / 新聞に折り込まれていた
■ネット検索 → Google / Yahoo! / Bing / その他（ ）
■マップ検索 → Google マップ / Yahoo!マップ / Apple マップ / NAVITIME / MapFan
■医療情報検索サイト → イーパーク / 病院なび / カルー / 東京ドクターズ / 病院いつでもマップ / ドクターズファイル / QLIFE / エキテン / みんなの主治医 / スクエル / メディカルノート / Medical DOC / メディカルライフ / タウンページ / お医者さんガイド / goo ヘルスケア
■SNS → Facebook / Instagram / X(旧 Twitter) / LINE / YouTube / TikTok
■駅広告 → 駅名（ ）
■その他（ ）