

# 問診票

ふりがな

名前： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 性別：男・女・その他

〒

住所： \_\_\_\_\_ 電話番号：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

◆ お困りのことはどのようなことですか？

◆ 症状が出始めたのはいつ頃ですか？

( \_\_\_\_\_ 頃から )

◆ 思い当たるきっかけはありますか？

ある  ない

→ある方、具体的にはどのようなことですか？

( \_\_\_\_\_ )

◆ 今つらいことはどのようなことですか？（複数回答可）

- |                                 |                                    |                                      |                                       |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> よく眠れない | <input type="checkbox"/> 息が苦しくなる   | <input type="checkbox"/> 気持ちが焦りやすい   | <input type="checkbox"/> 不安感          |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい  | <input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込む  | <input type="checkbox"/> 朝起きるのがつらい   | <input type="checkbox"/> 涙もろい         |
| <input type="checkbox"/> 体がだるい  | <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない | <input type="checkbox"/> 元気がよすぎる     | <input type="checkbox"/> 怒りっぽい        |
| <input type="checkbox"/> 気力がない  | <input type="checkbox"/> 集中力がなくなった | <input type="checkbox"/> 手足の震え・しびれ   | <input type="checkbox"/> 飽きっぽい        |
| <input type="checkbox"/> 噂されている | <input type="checkbox"/> ないものが見える  | <input type="checkbox"/> 気を失う        | <input type="checkbox"/> 自分だけのけ者にされる  |
| <input type="checkbox"/> いらいらする | <input type="checkbox"/> 胸がドキドキする  | <input type="checkbox"/> 舌がうまく回らない   | <input type="checkbox"/> よく涙が出るようになった |
| <input type="checkbox"/> 独り言を言う | <input type="checkbox"/> ひとり笑いがある  | <input type="checkbox"/> いない人の声が聞こえる | <input type="checkbox"/> 悪口を言われる      |
| <input type="checkbox"/> ひきつけ   | <input type="checkbox"/> 仕事をする気がない | <input type="checkbox"/> わざと意地悪される   | <input type="checkbox"/> 周囲が変わった様に感じる |

◆ 受診は本人希望ですか？

はい  その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆ 食欲はありますか？

ある  ない

◆ 体重の変動はありますか？

ある  ない

→あるの方、ここ \_\_\_\_\_ ヶ月で \_\_\_\_\_ kg の（増加・減少）

うらへ→

◆ 夜はよく眠れていますか？

はい  いいえ

◆ これまで精神科・心療内科を受診したことはありますか？

はい  いいえ

(入院・外来)

病名：  いつから：  医療機関名：

(入院・外来)

病名：  いつから：  医療機関名：

(入院・外来)

病名：  いつから：  医療機関名：

◆ 現在通院中ですか？

はい  いいえ

→病名：  内服薬：

※内服薬のある方はお薬手帳のご提出をお願いいたします。

◆ 既往歴について

・緑内障 (ある・ない)  ・前立腺肥大 (ある・ない)

◆ アレルギーはありますか？ (食品・くすり・植物・動物など)

◆ 血のつながったご親族に精神科・心療内科受診歴のある方はいますか？

・親族 (  ) 病名 (  ) 医療機関名 (  )

・親族 (  ) 病名 (  ) 医療機関名 (  )

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
医療情報・システム基盤整備体制充実加算

(初診時) 加点1 6点

加点2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)