

受診日： 2025 年 月 日

問診票

ふりがな

昭和・平成

名前： 生年月日： 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）

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

◆ 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）

うらへー

- ◆ 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：

- ◆ 現在通院中ですか？

☐ はい ☐ いいえ

病名 () 内服薬 ()

- ◆ 既往歴について

・緑内障 (ある・ない) ・前立腺肥大 (ある・ない)

- ◆ 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 ()

- ◆ アレルギーはありますか？ ☐ ある ☐ ない

ご案内

- ・ 予約時間の5分前までには、受付していただくようお願いいたします。
- ・ 15分以上遅れられた場合、キャンセルとなります。
- ・ 連絡なしに受診されないことが2回あった場合、予約をお取りできなくなります。
- ・ 当日キャンセルが続く場合、今後予約をお取りできないことがあります。

上記の内容について理解し、全てに同意いたします。 令和 年 月 日

同伴者様ご署名 _____ ご本人様ご署名 _____