心療内科問診票

(あてはまるものに ☑ チェックをいれてください)　　年　月　日　　No.

氏名	(フリガナ)	住所 〒(　－　)　市・区 町	
生年月日 明・大・昭・平　年　月　日生　才	男・女	電話番号	

1 症状はいつ頃から始まりましたか?。また現在どのような状態ですか?

(　)日前 ・ (　)週間前 ・ (　)ヶ月前 ・ (　)年前

〔 症状を詳しくご記入ください。 〕

2 原因についてご自身で思い当たることはありますか?

□ ある
□ ない

〔 あるとお答えの方は詳しくご記入ください。 〕

4 以前、治療を受けた経験はございますか?。またその時どのような治療や説明を受けましたか?。

□ ある
□ ない

〔 あるとお答えの方は詳しくご記入ください。 〕

5 以前、同様の症状にかかったことはありますか? またその時どのようにして乗り越えましたか?。

□ ある
□ ない

〔 あるとお答えの方は詳しくご記入ください。 〕

6 下記のあてはまる項目に ☑ を入れて、( )内にその数字を記入してください。

・たばこ …… □ 吸わない ・ □ 吸う 〔 およそ1日平均 (　) 本 ・ 約 (　) 年間 〕
・アルコール …… □ まったく飲まない ・ □ たまに飲む ・ □ ほぼ毎日飲む 〔 量 (　) 〕
・カフェイン …… □ 摂取なし ・ □ 摂取あり(毎日・週　回・　杯)コーヒー・紅茶・緑茶・コーラ ・ その他(　)
・アレルギー …… 食べ物 (　)・薬 (　)
その他 (　)
・睡眠 …… 睡眠時間 (　) 時から (　) 時 〔 □ 良好 ・ □ 普通 ・□ 不良 〕
〔 □ 寝付きが悪い ・ □ 何度も目が覚める ・ □ 朝早くに目が覚める ・ □ 熟睡間がない 〕
・食欲 …… 〔 □ 良好 ・ □ 普通 ・ □ 食べられない ・ □ 食べ過ぎる 〕
・最近の体重の変化 …… 〔 □ 増加 ・ □ 不変 ・ □ 減少 〕(　) ヶ月に (　) kg
・運転 …… □ しない ・ □ する (□ 仕事で毎日 ・ □ 通勤で毎日 ・ □ 休日のみ ・ □ その他　)
・食事 …… □ 規則的 ・ □ 不規則 (具体的に : 1日　食、　)
・排便 …… (　) 日に (　) 回
・排尿 …… 1日に (　) 回

7 今現在、ご使用中のお薬はありますか? (市販の薬・健康食品も含む)

□ ある
□ ない

〔 あるとお答えの方は具体的なお薬名、食品名をご記入ください。 〕

8 お薬を服用する上で、アレルギーや体質など気になることはありますか?

□ ある
□ ない

〔 あるとお答えの方は詳しくご記入ください。
食物アレルギー (□ 卵 ・ □ 牛乳 ・ □ 大豆 ・ □ その他　)
□ 下痢しやすい ・ □ 便秘しやすい ・ □ 胃が弱い ・ □ かぶれやすい
□ その他 (　) 〕

9 お薬がからだに合わなかったことはありますか? (気分が悪くなった、湿疹が出たなど)

□ ある
□ ない

〔 あるとお答えの方は合わなかった薬の名前、その時の症状をご記入ください。 〕

10 今までに、下記のような病気になった事はありますか? (病名が分らない時は症状をお答えください)

□ ある
□ ない

〔 あるとお答えの方はあてはまるものに ☑ チェックを入れてください。
また以前治療した病名は ◯ マルで囲んでください。
□ 高血圧 ・ □ 脂質異常症 ・ □ 糖尿病 ・ □ 胃腸病 ・ □ 腎臓病 ・ □ 甲状腺
□ 心臓病 ・ □ 肝臓病 ・ □ 喘息 ・ □ 緑内障 ・ □ 白内障
□ 手術 (　) ・ □ その他 (　) 〕

裏面へ続きます。

11 今までの人生において、感じたことのある気持ちの変化についてお答え下さい。

2週間以上　イライラが続いたことがありますか? ……（□ ある・ □ ない）
2週間以上　不安な感じが続いたことがありますか? ……（□ ある・ □ ない）
2週間以上　気分の落ち込みが続くことがありますか? ……（□ ある・ □ ない）
いっそ、死んでしまいたいと思ったことがありますか? ……（□ ある・ □ ない）
実際に自殺を試みたことがありますか? ……（□ ある・ □ ない）

12 人生で辛かった状況を10点、全く問題がない状態を0点とすると、今は何点ですか?

イライラ ……（　　点）　不安 ……（　　点）　気分の落ち込み ……（　　点）
死にたいと思う気持ち ……（　　点）　自殺の衝動 ……（　　点）

13 生活についてお答えください。

・生まれたところ …〔　　〕
・最終学歴 ……〔　　卒業 ・ 在学中 ・ 中退 〕

14 仕事を過去に、または現在されているようでしたらお答えください。

それはどのような仕事ですか、またその仕事についてどのように感じていますか?

15 これまでの職歴についてお答えください。

・　　歳～　　歳まで〔 職種：　　〕
・　　歳～　　歳まで〔 職種：　　〕
・　　歳～　　歳まで〔 職種：　　〕

16 家庭についてお答えください。

・何人兄弟・姉妹の何番目ですか?……〔　　人中　　番目〕〔 男　　人・女　　人 〕
・結婚はされていますか?……〔 □ 未婚・□ 既婚 （　　歳の時） □ 離婚 〕
・子供はいますか? …… □ いる・ □ いない〔　　人 〕〔 男　　人・女　　人 〕
・両親は健在ですか? …… 父親〔 □ 健在・□ 病気・□ 死去〕母親〔 □ 健在・□ 病気・□ 死去〕
・一緒に住んでいるのは誰ですか? また何人でお住まいですか?
〔　　〕

17 女性の方のみ、お答え下さい

現在生理中ですか? 【 □ いいえ ・ □ はい 】 ・ 現在妊娠中ですか? 【 □ いいえ ・ □ はい「　　ヶ月」】
現在授乳中ですか? 【 □ いいえ ・ □ はい 】 ・ 妊娠の可能性がありますか? 【 □ いいえ ・ □ はい 】

18 心療内科の受診をどなたかにすすめられましたか?

□ 自分から希望して
□ 家族が希望して
□ その他

〔 その他とお答えの方は詳しくご記入ください。 〕

18 当クリニックを何で知りましたか?。

□ バス広告を見て　□ 看板を見て　□ インターネットを見て　□ タウンページを見て
□ 以前通院たことがある　□ 紹介された（ 知人 ・ 家族 ）
□ その他〔　　〕

19 当院でご興味のある治療やご相談したいことはございますか? （ 複数回答可 ）

① □ 禁煙　② □ ダイエット　③ □ 体質改善、疲労回復、アンチエイジング　④ □ プラセンタ注射
⑤ □ にんにく注射　⑥ □ サプリメント　⑦ □ にきび、にきびあと治療　⑧ □ しみ
⑨ □ しわ　⑩ □ たるみ　⑪ □ わきが　⑫ □ 脱毛
⑬ □育毛　⑭ □ 加圧トレーニング　⑮ □ 健康診断　⑯ □ その他（　　）

20 他に医師に伝えておきたいこと、聞いてみたいことがあれば、自由に記入してください。

お答えいただき有難う御座いました。

ヒロクリニック 心療内科