

心療内科問診票 (高校生以下用)

(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
生年月日		町	
平成 年 月 日生	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あるいは保護者様で思い当たることはありますか？ <input type="checkbox"/> ある [ありとお答えの方は詳しくご記入ください。] <input type="checkbox"/> ない		
3	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？ <input type="checkbox"/> ある [ありとお答えの方は詳しくご記入ください。] <input type="checkbox"/> ない		
4	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？ <input type="checkbox"/> ある [ありとお答えの方は詳しくご記入ください。] <input type="checkbox"/> ない		
5	下記のあてはまる項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて、() 内にその数字を記入してください。 ・ 睡眠 睡眠時間 () 時から () 時 [<input type="checkbox"/> 良好 ・ <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 不良] [<input type="checkbox"/> 寝付きが悪い ・ <input type="checkbox"/> 何度も目が覚める ・ <input type="checkbox"/> 朝早くに目が覚める ・ <input type="checkbox"/> 熟睡間がない] ・ 食欲 [<input type="checkbox"/> 良好 ・ <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 食べられない ・ <input type="checkbox"/> 食べ過ぎる] ・ 最近の体重の変化 [<input type="checkbox"/> 増加 ・ <input type="checkbox"/> 不変 ・ <input type="checkbox"/> 減少] () ヶ月に () kg ・ 食事 <input type="checkbox"/> 規則的 ・ <input type="checkbox"/> 不規則 (具体的に: 1日 食、) ・ 排便 () 日に () 回 ・ 排尿 1日に () 回		
6	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) <input type="checkbox"/> ある [あり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。] <input type="checkbox"/> ない		
7	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？ <input type="checkbox"/> ある [ありとお答えの方は詳しくご記入ください。] <input type="checkbox"/> ない 食物アレルギー (<input type="checkbox"/> 卵 ・ <input type="checkbox"/> 牛乳 ・ <input type="checkbox"/> 大豆 ・ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 鼻炎 ・ <input type="checkbox"/> 結膜炎 ・ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 ・ <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 便秘しやすい ・ <input type="checkbox"/> 胃が弱い ・ <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> その他 ()		
8	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) <input type="checkbox"/> ある [あり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。] <input type="checkbox"/> ない		
9	今までに、下記のような病気になった事がありますか？ (病名が分からない時は症状をお答えください) <input type="checkbox"/> ある [ありとお答えの方はあてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください。] <input type="checkbox"/> ない [また以前治療した病名は <input type="radio"/> マルで囲んでください。 <input type="checkbox"/> 高血圧 ・ <input type="checkbox"/> 脂質異常症 ・ <input type="checkbox"/> 糖尿病 ・ <input type="checkbox"/> 胃腸病 ・ <input type="checkbox"/> 腎臓病 ・ <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 心臓病 ・ <input type="checkbox"/> 肝臓病 ・ <input type="checkbox"/> 喘息 ・ <input type="checkbox"/> 緑内障 ・ <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 手術 () ・ <input type="checkbox"/> その他 ()]		
10	これまでの生活の中で最も感じたことがあるを10点、全く感じたことがないを0点とした場合、以下の気持ちは何点ですか。 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)		

11	生活についてお答えください。 ・生まれたところ …… []
12	妊娠中・出産時に、何か気になることがありましたか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない [ありとお答えの方は詳しくご記入ください。 <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症 ・ <input type="checkbox"/> 切迫早産 ・ <input type="checkbox"/> 骨盤位・仮死 <input type="checkbox"/> その他 ()]
13	在胎週数をお答えください。 在胎週数 …… (週) 出生体重 …… (g)
14	分娩様式をお答えください。 <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開
15	赤ちゃんの時(新生児期)何か治療を受けましたか？ <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない [受けたとお答えの方は詳しくご記入ください。]
16	初めて言葉を話したのはいつですか？また初めて歩いたのはいつですか？ ・言葉 …… () 頃 ・歩き …… () 頃
17	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？ …… [<input type="checkbox"/> 未婚・ <input type="checkbox"/> 既婚 (歳の時) <input type="checkbox"/> 離婚] ・子供はいますか？ …… <input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない [人] [男 人・女 人] ・両親は健在ですか？ …… 父親 [<input type="checkbox"/> 健在・ <input type="checkbox"/> 病気・ <input type="checkbox"/> 死去] 母親 [<input type="checkbox"/> 健在・ <input type="checkbox"/> 病気・ <input type="checkbox"/> 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？ []
18	心療内科の受診をどなたかにすすめられましたか？ <input type="checkbox"/> 自分から希望して <input type="checkbox"/> 家族が希望して <input type="checkbox"/> その他 [その他とお答えの方は詳しくご記入ください。]
19	当クリニックを何で知りましたか？ <input type="checkbox"/> バス広告を見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> インターネットを見て <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> 以前通院たことがある <input type="checkbox"/> 紹介された(知人 ・ 家族) <input type="checkbox"/> その他 []
20	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) ② <input type="checkbox"/> ダイエット ③ <input type="checkbox"/> 体質改善、疲労回復 ④ <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 ⑤ <input type="checkbox"/> にんにく注射 ⑥ <input type="checkbox"/> サプリメント ⑦ <input type="checkbox"/> にきび、にきびあと治療 ⑧ <input type="checkbox"/> しみ ⑪ <input type="checkbox"/> わきが ⑫ <input type="checkbox"/> 脱毛 ⑭ <input type="checkbox"/> 加圧トレーニング ⑮ <input type="checkbox"/> 健康診断 ⑯ <input type="checkbox"/> その他 ()
21	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。

初回の診察から3ヶ月間は患者様の状態を確認しながらの治療のため、2週間おきの診察・処方となります。
診察時間が10分を超えた場合、お声をかけさせていただくことがあります。

お答えいただき有難うございました。

ヒロクリニック 心療内科