

初めて診察を受けられる方へ

(診察日 /)

診察の際、参考にしますのでお分かりになる範囲でお書きください。

ふりがな：

年齢： _____ 才

受診される方のお名前： _____

性別： 男 ・ 女

この質問用紙に記入している人のお名前： _____ (患者さんとのご関係： _____)

①緊急連絡先 お名前 _____ (患者さんとのご関係： _____)

住所 _____ 電話番号 _____

②緊急連絡先 お名前 _____ (患者さんとのご関係： _____)

住所 _____ 電話番号 _____

1) 今日はどうして受診されましたか？

2) 具合が悪くなったのは

.....年.....月頃から (急に ・ 徐々に ・ 不明) に始まった。

現在の状態は、(今回が初めて ・ 以前にもあった ・ 何回もある)

症状は、(常に ・ 時々 ・ まれに ・ その他) に起こる。

きっかけは、(特にない ・ 明確である ・ その他)

食欲は (ある ・ ない) 体重は (維持 ・ 減少 ・ 増加) している。

利き手は (右 ・ 左) 睡眠に問題を感じて (いる ・ いない)

※睡眠の問題に“いる”を選んだ方は、該当するものに○をつけてください※

寝つきが悪い ・ 途中で目が覚める ・ 眠りが浅い ・ 夢をみる ・ 目覚めが悪い

1度目覚めるとなかなか寝つけない ・ 日中眠気がある

3) 女性の方に質問します

月経は正常ですか？ (はい・いいえ)

月経前・月経中の体調不良はありますか？ (はい・いいえ)

現在妊娠していますか？ (はい・いいえ) 妊娠.....ヶ月

4) これまで精神科や心療内科を受診したことが（ある・ない）

病名	病院	期間	備考

5) 現在服用中の薬やサプリメント等（あり・なし）

6) お薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？

（ ない ・ ある ）

7) 現在、病気やけがで病院にかかっていますか？（ いる ・ いない ）

病名	病院	いつから	通院/入院

8) これまでに大きな病気やけが、手術を受けるために病院にかかったことがありますか？（ない・ある）

病名	病院	いつごろ	通院/入院

9) 現在心臓の病気の治療を受けていますか？

受けていない

受けている（ 不整脈 狭心症 心筋梗塞 心不全 ）

10) 今までの健康診断や心電図検査を行って、何らかの指摘をされたことがありますか？

ない

ある（いつ頃： ）

（指摘された内容： ）

11) 今までに失神を起こしたことがありますか？

ない・ ある （いつ頃： ）

12) 感染症（なし・あり）（肺結核 B型肝炎 C型肝炎 不明 その他【 】）

13) たばこやお酒をたしなみますか？

たばこ（はい・いいえ）1日.....本/.....歳から

お酒（はい・いいえ）.....を.....ぐらい飲む（機会飲酒・毎晩）

14) シンナー・大麻・覚せい剤などの薬物の使用経験はありますか？

(ない・ある).....を.....年間/ヶ月使用したことがある

◆ 生活の様子についてお聞きします

1) どこで生まれましたか？県.....市・区・町

2) どこで育ちましたか？県.....市・区・町

3) お産のとき、あるいは出生時に何か問題はありましたか？

(ない ・ ある)

4) 成長・発達に遅れはありませんでしたか？

(ない ・ ある)

5) 学歴を教えてください

(.....) 小学校

(.....) 中学校

(.....) 高校

(.....) 大学 ・ 短期大学 ・ 専門学校

最終学歴は (.....年) に (卒業・中退) した。 在学中の成績は (上・中・下) であった。

在学中.....年生のとき.....ヶ月学校に行かなかった

6) これまでのお仕事を教えてください

仕事をした経験がない

現在.....年間/ヶ月間は仕事をしていない

以前は、.....年間/ヶ月間.....をしていた

以前は、.....年間/ヶ月間.....をしていた

現在は、.....年間/ヶ月間.....をしている

7) 本来の性格について教えてください (○をつけてください。複数回答可)

活発 ・ 気分がむらがある ・ わがまま ・ おおげさ ・ 嫉妬深い ・ 忘れっぽい

喜怒哀楽が激しい ・ こだわりが強い ・ 責任感が強い ・ 頑固 ・ 几帳面

真面目 ・ 慎重 ・ 神経質 ・ 仕事熱心 ・ 怒りっぽい ・ へんくつ ・ 明るい

穏やか ・ 暗い ・ 人見知り ・ 内気 ・ 引きこもりがち ・ 話し好き ・ 社会的

8) 現在、結婚されていますか？

はい (昭和・平成.....年/.....歳時結婚) いいえ

していた (昭和・平成.....年/.....歳時結婚 * 昭和・平成.....年.....歳時離婚)

9) 家族構成を教えてください人兄弟の.....番目

《スタッフ記入欄》

10) ご親族の中で、精神や心の病気、精神神経科での治療を受けたことがある方はいらっしゃいますか？

(いない ・ いる) ()

11) 社会資源利用状況について教えてください

介護保険	あり・なし	要介護区分 (申請中 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5)		
	ケアマネ		利用サービス	
主たる介護者		お名前	年齢 ()	続柄 ()
手帳	あり・なし	精神 ・ 療育 ・ 身体 () 級		
自立支援 医療費	あり・なし		年金	あり・なし
その他	歩行/入浴・洗面/視力/聴力			