



問診票(20歳以上65歳未満)

ふりがな

記入者氏名:

続柄:

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳 ヶ月
患者氏名		生年月日	年 月 日		

* どのような希望で来られましたか? 通院 入院 家族相談 診断 検査 その他()
院内サービスの利用(CBT デイケア 訪問看護 カウンセリング)

* 本日、相談したい症状やお困りのことは何ですか?)
意欲がわからない 不安 感情が不安定 イライラ 興奮しやすい 生きているのが嫌になる
話しかける声が聞こえる 実際にみえないものが見える 自分の噂をされている 過食 拒食 もの忘れ
ゲームやインターネットの利用が過剰(いつから: 歳~ /1日 時間程度/ゲーム名等:)
お酒がやめられない 薬への依存がある
その他(具体的に)→

* 上記が始まったのはいつ頃ですか? 何かきっかけと思われる事柄がありましたか?
 年 月頃(歳頃) / きっかけ:

* 上記のことで、クリニックや病院を受診したことはありますか? (いいえ・はい)

医療機関名	受診日(年齢)	治療内容	相談内容
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	

* 現在、飲んでいる薬はありますか? (いいえ・はい →内容:)
 →薬の内容がわかるお薬手帳や薬剤情報提供書はお持ちですか? (いいえ・はい)

* 薬や食べ物にアレルギーはありますか? (いいえ・はい)
たまご 牛乳 小麦 そば 落花生 えび かに その他の食品()
薬(名称→)

* これまでに大きな病気や怪我、手術の経験はありますか? (いいえ・はい)
糖尿病(歳頃) 高血圧(歳頃) 心臓病【不整脈含む】(歳頃) 肝炎【治療済みも含む】(歳頃)
ぜんそく(歳頃) 結核【過去の治療・指摘含む】(歳頃) 熱性けいれんやひきつけ(歳 ヶ月頃)
その他(具体的に:)
 手術歴: なし あり →

* 女性の方にお聞きします。
 現在、妊娠している可能性はありますか?(いいえ・はい → 妊娠 ヶ月)
 →月経 (順調・不順・閉経)

* 本日受診される患者様のことについてお聞かせください。
 ・出身地(県名・市名)はどこですか?()
 ・転居歴はありますか?(いいえ・はい)⇒具体的に(いつ・どこ):
 ・兄弟姉妹はいらっしゃいますか?(いいえ・はい ⇒【本人含まず】 人)
 ・最終学歴はどちらになりますか?(学校名: _____ 中学校・高校・大学・専門学校・)
 / 卒業・ ___回生在学中・ ___年生時中退・休学中(いつから:)
 ・婚姻歴はありますか?(いいえ・はい)⇒ ___歳で結婚(子___人) / ___歳で結婚し、___歳で離婚(子___人) /
 ___歳で結婚し、___歳で死別(子___人) / 再婚歴あり

* 在学中の方にお聞きします。

大学・専門学校等	1) 学校について教えてください。(学校名: _____) / (何年制? _____ 年) <input type="checkbox"/> 在学中(_____ 年生) <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退(いつ頃: _____) 留年経験: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 浪人経験: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	2) 出席状況はどうでしたか? <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 休学(_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月まで)
	3) 学校生活で困っていることはありますか? (いいえ・はい) <input type="checkbox"/> 学校に行けない <input type="checkbox"/> 人間関係にストレスを感じる・疲れている <input type="checkbox"/> 友人とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)
	4) 部活動(サークル)に入部していますか? (いいえ・はい → 部活名: _____)

* 学生以外の方にお聞きします。

仕事	1) 仕事の経験はありますか? (いいえ・はい)																	
	2) 現在、仕事をされていますか? (いいえ・はい)																	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 30%;">いつから</th> <th style="width: 40%;">会社名(職種)</th> <th style="width: 30%;">雇用形態</th> </tr> <tr> <td>~現在</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	いつから	会社名(職種)	雇用形態	~現在		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>											
	いつから	会社名(職種)	雇用形態															
~現在		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>																
3) 今までの職歴を教えてください。																		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 30%;">いつ頃</th> <th style="width: 40%;">会社名(職種)</th> <th style="width: 30%;">雇用形態</th> </tr> <tr> <td>【例】大学卒業~28歳頃</td> <td>明石病院(看護師)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	いつ頃	会社名(職種)	雇用形態	【例】大学卒業~28歳頃	明石病院(看護師)	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>
いつ頃	会社名(職種)	雇用形態																
【例】大学卒業~28歳頃	明石病院(看護師)	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>																
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>																
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>																
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>																
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>																
4) 仕事上で困っていることはありますか? (いいえ・はい) <input type="checkbox"/> 仕事に行けない <input type="checkbox"/> 仕事のミスが多い <input type="checkbox"/> 業務についていけない <input type="checkbox"/> ハラスメントを受けている <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)																		

* 嗜好物等のことについてお聞かせください。

・たばこは吸いますか? (いいえ・はい) ⇒ いつ頃から: _____ / 1日の本数: _____ 本

・アルコール飲料は飲みますか? (いいえ・はい) ⇒ いつ頃から: _____ / 1日の量: _____

⇒ 毎日飲酒 週 _____ 日程度 機会飲酒

・違法薬物や危険ドラッグの使用、有機溶剤吸引をしたことはありますか? (いいえ・はい)

⇒ いつ頃: _____ / 種類: _____

・趣味はありますか? (いいえ・はい) ⇒ 具体的に: _____

・信仰している宗教等がありますか? (いいえ・はい) ⇒ 具体的に: _____

・家族や親族の方に精神科や心療内科に受診歴のある方はいますか? (いいえ・はい) ⇒ 具体的に: _____

・ご自身で自分はどうのような性格だと思われますか? (_____)

* その他、当院へのご要望等ございましたら、ご自由にお書きください。