精神科・心療内科初診時問診票 　　　　　　　　　年 月 日 記載

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  |   | 生年月日性別  | 西暦　　年 　月 　日生（　　　　　　 ）歳  🔳男性　　　🔳女性 |
| お名前  |   |
| 住所  | 〒 　　　－  | 身長　　　　　㎝、体重　　　㎏　 職業　　 |
| 電話番号 メールアドレス | （ 　　　） 　　　－ 🔳携帯 🔳自宅　　（ 　　　） 　　　－ 🔳携帯 🔳自宅 　　 　＠　 　　　 |

1. お困りのことをお知らせ下さい（症状やお悩みなどご相談されたいことを何でもお書きください）

またその症状や悩みはいつ頃からですか？ 　　　　　年　　　　　　月　　　　　頃より

1. 当てはまるものがありましたらチェックをつけてください。

🔳疲れやすい 🔳体がだるい 🔳気力がない 🔳不安が強い 🔳動悸がする 🔳息苦しくなる

🔳気持ちが落ち込む🔳考えがまとまらない 🔳集中力がなくなった 🔳趣味を楽しめなくなった🔳いらいらする

🔳死にたい気持ちになる🔳周りからいやがらせを受けているように感じる 🔳一人の時に声や音が聞こえる

🔳皆に見られている気がする　🔳頭痛 🔳めまい 🔳吐き気 🔳下痢 🔳便秘

1. 睡眠について お知らせください。（複数チェック可）

よく眠れていますか？ 🔳はい 🔳いいえ（いいえの方は以下の項目にもチェックをお願いします）

🔳ねつけない　 🔳途中で何度か目が覚める　 🔳朝早く目が覚める　　 🔳眠りが浅い

 平均睡眠時間はおおよそどのくらいですか？ 約（ 　　　　 ）時間程度

1. 食欲についてお知らせください。

食欲はありますか？ 🔳ふつう 　🔳低下している 　 🔳過剰に食べてしまうことが頻繁にある

体重の変化はありますか？ 　🔳はい （ここ 　　ヶ月で 　㎏ の 減少・増加 ）　 🔳いいえ

1. 現在、もしくは今まで、身体のご病気はありますか？

🔳なし 　🔳あり（病名： 　 　　 ） 糖尿病（🔳なし 🔳あり） 心臓疾患（🔳なし 🔳あり） 　緑内障（🔳なし 🔳あり）

現在内服中のお薬はありますか？

🔳なし 　🔳あり・薬剤名 　　　　　　　　　 　（お薬手帳をご提示頂ければ、記入は省略可です。）

1. ご自身の性格を教えてください。（複数チェック可）

🔳内向的 🔳社交的 🔳心配性 🔳悲観的 🔳楽観的 🔳短気 🔳凝り性 🔳飽きっぽい 🔳世話好き 🔳協調性がある 🔳責任感が強い 🔳マイペース 🔳頑固 🔳我慢強い 🔳気持ちの切り替えが苦手

1. これまで、心療内科や精神科などを受診されたことはありますか？

 🔳ない 　　　🔳ある →　　　　　　年　　　　月　　　　　　　クリニック名　　　　　　　　　　　　病名

1. 生育歴・教育歴・職業歴についてお知らせください。

出生地（ 　　　　　　　　都道府県 、 　　　　　 市 ）

最終学歴（🔳中学 🔳高校 🔳専門学校 🔳短期大学 🔳大学 🔳大学院）🔳卒業 　　🔳在学中　　　 🔳中退

職歴 （ 才～ 才 ） （ 才～ 才 ）

1. ご家族についてお知らせください。

父（ 才）健康・病気（病名 ）・死亡（病名 ）

母（ 才） 健康・病気（病名 ）・死亡（病名 ）

配偶者（ 才）健康・病気（病名 ）・死亡（病名 ）

兄弟姉妹　健康・病気（病名 ）・死亡（病名 ）子（ 才）健康・病気（病名 ）・死亡（病名 ）

1. 血縁のあるご家族、ご親戚で心療内科・精神科を受診した方はいらっしゃいますか？

🔳なし 　🔳あり（ご関係： 　　　　　　 　　病名など： 　　　　　　　 ）

1. 薬や食物等が原因で、発疹などのアレルギーや副作用が出たことはありますか？

🔳なし 　🔳あり（症状＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

原因であてはまるものをお知らせください。

シナモン 卵　エビ カニ ヤマイモ ゴマ 小麦 そば ゼラチン 花粉（具体名 ）

金属（具体名 ）化学物質（具体名 ） ハウスダスト ダニ 寒冷 洗剤 薬剤（具体名 　　 ）

1. 嗜好について お知らせください。

飲酒 🔳飲まない 🔳機会があれば飲む 🔳ほぼ毎日飲む（１日あたり 　　を mlくらい）

喫煙 🔳吸わない 🔳吸う（１日あたり＿＿本くらい）

1. （女性の方のみ）現在妊娠中または授乳中ですか？

🔳 どちらでもない　　　　🔳妊娠中　　　　　　　　　 🔳授乳中

　また、月経の状態をお知らせください。 🔳 規則的　　　🔳不規則　　　　　　 🔳閉経

ご記入いただきました個人情報は、厳重に管理し、診療以外に利用することはありません。　Ikeda Clinic