

## 問診票

ふりがな

氏名：   性別：男・女 / 記載日：令和 年 月 日

生年月日：T・S・H・R 年 月 日 ( 歳 )

住所：   電話番号：  同伴者：氏名 ( 続柄：   )

この問診票は、ご本人の状況をしっかりと把握し、診療に役立てるため、大変重要な情報となります。そのため項目が多くなっております。お手数をおかけしますが、ご協力をお願いします。覚えていない、分からぬ場合は、その旨を記入欄にご記入ください。

◎相談内容（何についてお困りですか、ご相談したい内容はなんですか）

(例：不眠、気分の落ち込み、もの忘れなど)

◎上記ご相談内容について具体的にご記入ください

(いつ頃から、何がきっかけで、どのような症状があった・続いている、など)

◎当院にどのようなことを希望されますか

診断 検査 対応方法について 今後について その他( )

◎今までに心療内科・精神科で治療を受けたことがありますか？

治療された順にご記入ください。

【通院歴】

| 期間       | 年月または年齢をお書きください | 医療機関名 |
|----------|-----------------|-------|
| 年 月( )歳～ | 年 月( )歳         |       |
| 年 月( )歳～ | 年 月( )歳         |       |
| 年 月( )歳～ | 年 月( )歳         |       |
| 年 月( )歳～ | 年 月( )歳         |       |
| 年 月( )歳～ | 年 月( )歳         |       |

【入院歴】

| 期間       | 年月または年齢をお書きください | 医療機関名 |
|----------|-----------------|-------|
| 年 月( )歳～ | 年 月( )歳         |       |
| 年 月( )歳～ | 年 月( )歳         |       |
| 年 月( )歳～ | 年 月( )歳         |       |
| 年 月( )歳～ | 年 月( )歳         |       |
| 年 月( )歳～ | 年 月( )歳         |       |

◎これまでに心理検査を受けたことがありますか

いいえ

はい（検査名： 実施時期： ）

◎今までに定期的な通院または入院が必要な大きな病気や怪我、手術をされたことはありますか？

いいえ

はい

| 病名 | いつ頃 | 治療内容（外来、入院、手術） |
|----|-----|----------------|
|    |     |                |
|    |     |                |
|    |     |                |

◎現在、受診している病気はありますか

いいえ

はい

| 病名・症状 | 病院名 |
|-------|-----|
|       |     |
|       |     |
|       |     |

〈現在の様子について〉 当てはまる項目にチェック（☑）してください。

⑤睡眠の問題 ある ない

就床時間（　　：　　） 起床時間（　　：　　）  
寝つきが悪い 夜中に目が覚める 朝起きられない 寝すぎる  
昼夜逆転 その他（　　）

⑥睡眠薬の使用歴 ない ある（薬剤名：　　） いつから：（　　）

⑦食欲 ある ない ムラがある

⑧体重変動 ある ない

ある・・・（　　年　　月頃から　　kg　　減・増　）

⑨気分の問題 ある ない（複数回答可）

イライラしやすい 落ち込んでいる 怒りっぽい 気分の波がある  
すぐ泣く 引きこもっている その他（　　）

⑩飲酒習慣 ある ない

- ・お酒の種類（例：ビール）（　　）
- ・飲酒量（例：500ml×1本）（　　）
- ・飲酒頻度（　月に1回または1回未満　・　週に1～2日　・　週に3～4日　・　毎日　）

⑪喫煙習慣

ない ある（　　本/日）

⑫薬物（大麻、コカイン、マリファナ、覚せい剤など）を使用したことありますか

いいえ  
はい（種類：　　） いつからいつまで：　　使用頻度：（　　）

⑬アレルギー

- ・食品 ない ある（　　）
- ・薬品 ない ある（　　）
- ・そのほか ない ある（　　）

⑭女性の方のみ

- ・月経（　順調　・　不順　/　閉経　　歳頃）
- ・妊娠の可能性はありますか（　妊娠中：　　週　・　いいえ　・　わからない　）

◎ご家族構についてご記入ください

※両親、兄弟、配偶者、子どもを記入してください。その他同居されている方もご記入ください。

| 続柄    | 名前 | 年齢   | 職業      | 同居家族に○ | 居住地 |
|-------|----|------|---------|--------|-----|
| 例) 夫  | 和夫 | 45 歳 | 会社員     | ○      |     |
| 例) 長男 | 一郎 | 12 歳 | ○○小学校△年 | ○      |     |
|       |    |      |         |        |     |
|       |    |      |         |        |     |
|       |    |      |         |        |     |
|       |    |      |         |        |     |
|       |    |      |         |        |     |
|       |    |      |         |        |     |
|       |    |      |         |        |     |
|       |    |      |         |        |     |

◎ご家族の中で精神科・心療内科を受診された方はいらっしゃいますか

いいえ

ある (誰が： 医療機関名： 病名： )

(誰が： 医療機関名： 病名： )

〈成育歴〉 ※出生から現在までのことについて、可能な限りご記入をお願いします。

・出生地：

・発育・発達について

・健診での指摘はありましたか？

いいえ はい：( ) 歳児健診で（

）を指摘された

〈小学校〉

・出身校：（ 普通級 ・ 支援学級 ・ 支援学校 ）

・習い事：

・成績： 上 ・ 中 ・ 下

・友人関係： 多い ・ 少ない ・ いない

・登校渋りや不登校： なし ・ あり 時期：\_\_\_\_\_

・学校で困ることはありましたか（ あり ・ なし ）

友だちとの関係 いじめ 勉強について 忘れ物やなくしものが多い

その他（ ）

〈中学校〉

・出身校：（ 普通級 ・ 支援学級 ・ 支援学校 ）

・部活：

・習い事：

・成績： 上 ・ 中 ・ 下

・友人関係： 多い ・ 少ない ・ いない

・登校渋りや不登校： なし ・ あり 時期：\_\_\_\_\_

・学校で困ることはありましたか（ あり ・ なし ）

友だちとの関係 いじめ 勉強について 忘れ物やなくしものが多い

その他（ ）

〈高等学校〉 卒業 ・ 中退

・出身校：（ 全日制 ・ 定時制 ・ 通信制 ）

・部活：

・習い事：

・成績： 上 ・ 中 ・ 下

・友人関係： 多い ・ 少ない ・ いない

・登校渋りや不登校： なし ・ あり 時期：\_\_\_\_\_

・学校で困ることはありましたか（ あり ・ なし ）

友だちとの関係 いじめ 勉強について 忘れ物やなくしものが多い

その他（ ）

〈大学〉 卒業 • 中退

- 出身校 :
- 専攻 :
- 成績 :
- 友人関係 :
- 学校で困ることはありましたか  
□なし □あり ( )

〈専門学校・その他〉

- 出身校 :
- 専攻 :
- 成績 :

◎婚姻歴 □ない □あり ( 歳時)

◎離婚歴 □ない □あり ( 歳時) / ◎再婚歴 □ない □あり ( 歳時)

〈職歴〉 これまでの職歴を順にご記入ください

(例) ○○株式会社 ○○年(○○歳)入社 ○○年(○○歳)退社

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

• 現所属部署 : 役職 : 主な業務内容 :

※休職中・・・( 年 月から)

〈その他〉

◎元来、どのような性格ですか？周りからはどのような性格だと言われますか

|  |
|--|
|  |
|--|

◎趣味やご本人なりのリラックス法がありますか。また、今もそれを実践できていますか

□いいえ

□はい

|  |
|--|
|  |
|--|

### ◎福祉サービス等の利用状況について

- ・ 障害者手帳を持っていますか  
はい いいえ  
精神保健福祉手帳（　　級） • 療育手帳（　　） • 身体障害者手帳（　　級）
- ・ 障害年金は受給していますか  
はい いいえ  
( 基礎 • 厚生 級)
- ・ 利用している障害福祉サービス  
ヘルパー ショートステイ 生活介護 就労継続支援 B型 就労継続支援 A型  
就労移行支援 その他 ( )

### ◎介護保険の利用状況について

介護認定を受けていますか

いいえ

はい (現在の介護度 : 担当ケアマネージャー : )

### ◎その他、気になることはありますか

※問診票はここまでです。ご協力ありがとうございました。記入漏れがないかご確認ください