

問 診 票

診察にあたり、重要な情報となります。ご記入をお願いいたします。

カガナ () 生年月日 年 月 日 (才)
 氏名; _____ (男 ・ 女) 身長(_____ cm)体重(_____ kg)

1. どのような症状で来院されましたか？当てはまる項目に☑をつけてください。

睡眠状況	睡眠は <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 寝ついたあと何度も目が覚めてしまう <input type="checkbox"/> 朝早く目が覚めてしまってそのまま眠れないことがある <input type="checkbox"/> 起きたときよく眠れた気がしない <input type="checkbox"/> 昼間の眠気がある
抑うつ	<input type="checkbox"/> 気分が落ちこむ <input type="checkbox"/> 集中力がかけてしまっている <input type="checkbox"/> 以前は楽しめていたことが今は楽しめない <input type="checkbox"/> 死にたいと思ってしまう
不安感	<input type="checkbox"/> 具体的な対象のないばくぜんとした不安感が続いている <input type="checkbox"/> 戸締まりや火の元などが気になって何度も確認する <input type="checkbox"/> 人の前にでたり、発表したりするのが苦手な緊張が強い <input type="checkbox"/> 電車・バスなどに乗れない、映画館や外食ができない <input type="checkbox"/> 事故や・虐めにあったなどの経験があり思い出すと感情のコントロールが難しくなる
気分の 変動性	<input type="checkbox"/> 気分にムラがあり、カッとなりやすい <input type="checkbox"/> 何かに急かされているような焦りを感じる <input type="checkbox"/> まわりがきちんと動いてくれなくていらいらすることがある <input type="checkbox"/> 羽目をはずしてしまったり、お金の無駄づかいを指摘されている
その他の こころの症状	<input type="checkbox"/> いろいろな考えが頭に浮かんで考えがまとまらない気がする <input type="checkbox"/> 誰かに見られている・聞かれている感じにとらわれている <input type="checkbox"/> 自分の考えを他人に読みとられている気がする <input type="checkbox"/> いないはずの人の声や物音に悩まされている <input type="checkbox"/> 自分には見えているのに周りの人には見えないといつも否定されてしまう <input type="checkbox"/> 掃除や片づけは昔から苦手な方である <input type="checkbox"/> 長時間待ったり、じっと静かにしていることは苦手な方である <input type="checkbox"/> いったん自分が決めたことを変更されるのは我慢できない
その他	<input type="checkbox"/> 転医希望して来院 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオンを希望して来院 (その他)

2. その症状はいつ頃からですか

_____ 年 _____ 月ごろ

3. 現在治療中・受診中の病気はありますか。複数ある場合はそれぞれにご記入ください

※お薬手帳をお持ちの場合は、処方薬の記載が不要です。

- ・医療機関名(病院・クリニック)(_____)
- 受診科(_____)病名・症状(_____)
- いつ頃から(_____)処方薬(_____)
- ・医療機関名(病院・クリニック)(_____)
- 受診科(_____)病名・症状(_____)
- いつ頃から(_____)処方薬(_____)
- ・医療機関名(病院・クリニック)(_____)
- 受診科(_____)病名・症状(_____)
- いつ頃から(_____)処方薬(_____)

※裏面に続きます

4. その他、現在お飲みの市販薬や、サプリメントなどをご記入ください。
()
5. 薬や注射、食べ物でのアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)
品名をご記入ください ()
6. 入院経験はありますか？ (はい ・ いいえ)
病名・症状 () 大体の期間 (~)
病名・症状 () 大体の期間 (~)
病名・症状 () 大体の期間 (~)
7. 今までに精神科・心療内科・睡眠外来などを受診されたことはありますか？
(はい ・ いいえ) いつ頃 () ころ)
医療機関名 ()
病名・症状 ()
8. 家族・親族に精神科を受診・入院されたことのある方はいますか？
(はい ・ いいえ)
ご関係は (父・母・兄弟姉妹・祖父母・その他 ())
9. お酒・タバコはのみますか？
・お酒(アルコール)について 頻度 (毎日・週数度・たまに・飲まない)
種類 () 1回の量 ()
・タバコ1日あたりの本数 () 本/日・吸わない)
10. 信仰している宗教はありますか？ (はい ・ いいえ)
宗教名をご記入ください ()
11. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (はい ・ いいえ)
12. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ (はい ・ いいえ)
13. この1年間に検診(特定健診及び高齢者検診に限る)の受診はありますか。
(はい ・ いいえ)
14. 女性の方へ、現在妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか
(妊娠中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中 ・ いいえ)
15. 当院を何でお知りになりましたか 当てはまる項目をチェックしてください
□以前より知っている □知人の紹介 □インターネット・ホームページ □医療機関より紹介
□新聞 □雑誌 □電話帳 □看板 □その他 ()

・紹介状(診療情報提供書)、お薬手帳をお持ちの方は、問診票と合わせてご提出ください。
・当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。