

問診票

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？：はい・いいえ

記入者名	患者様との続柄： 本人・父・母・その他（ ）					
フリガナ 氏名	性別： 男 ・ 女 ・ その他					
	職業：					
	学年：					
生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月	日	歳
ご住所	〒 -					
連絡先	ご自宅：			携帯：		
				続柄：		

○当院を受診されたきっかけについてお答え下さい。

- 医療機関、相談機関からの紹介（機関名： ） □ホームページ □看板を見て
□知人からの紹介 □通りすがり □その他（ ）

○本日のご相談内容を記入してください。

○上記ご相談内容に関するエピソードを記入してください。

○下記の項目で現在ある症状をチェックしてください。

☐気分が落ち込む ☐気分が高い ☐不安になる ☐涙が出る ☐イライラする ☐怒りっぽい ☐かんしゃく
☐集中できない ☐気分が落ち着かない ☐ずっと見られている感じがする ☐悪口を言われている気がする
☐誰もいない所で声がする ☐他人の考えが分かるように感じる ☐自分の考えが周りに伝わるように感じる
☐同じ行動を何度も繰り返す（手洗い等） ☐何度も確認しないと気が済まない
☐動悸・息切れ ☐めまい ☐頭痛 ☐腹痛 ☐朝起き辛い ☐疲れやすい
☐自分を傷つけてしまう ☐物忘れが多い ☐物を盗られたという ☐その他（ ）

- 【睡眠】 ☐普通 ☐過眠 ☐寝つきが悪い ☐途中で目が覚める ☐早く目が覚める ☐昼夜逆転
【食欲】 ☐増進 ☐普通 ☐減退 ☐食べ過ぎる

○症状はいつからありましたか。

年 月 日 (または 歳から) (または 週・ヶ月前から)

○症状が出るきっかけ（原因）と思われるものはありますか。

- なし・あり（きっかけ： ）

○今までに上記症状についてどこかへ相談されたことはありますか。（例：学校、区役所等）

- なし・あり ()

○今回の診察で特に希望することを選んで下さい。

- 薬を出してほしい □心理検査/発達検査を希望 □カウンセリングを希望 □セカンドオピニオン
□診断書の作成 □その他 ()

○現在服用しているお薬はありますか。

なし・あり（

○アレルギーはありますか。 ※特に食べ物と薬のアレルギーをご記入ください。

なし・あり（

○これまでに大きな病気や大きな怪我をされたことはありますか。 ※傷病名および時期をご記入ください。

なし・あり（傷病名・時期：

○飲酒

飲まない・飲む（週 回、どのくらい：

○喫煙

吸わない・吸う（ 本/1日）

○身長・体重をお答えください。

身長（ cm） 体重（ kg）

○今までに精神科・心療内科を受診されたことはありますか。

年	月	～	年	月	（病院名：	）
年	月	～	年	月	（病院名：	）
年	月	～	年	月	（病院名：	）

○今までに心理検査を受けたことはありますか。 ※検査日、検査機関をご記入ください。

なし・あり（検査日・検査機関：

○ご利用中の医療・福祉サービスはありますか。

なし・あり ☐訪問看護 ☐放課後等デイサービス ☐B型作業所 ☐A型作業所 ☐就労移行支援
☐その他（

○障害者手帳・障害年金を受給していますか。○をつけ、等級をご記入ください。

☐精神障害者手帳：（ 級） ☐療育手帳：（判定： ） ☐身体障害者手帳：（ 級）
☐障害年金（ 級）

○同居のご家族についてご記入ください。

本人との関係	年齢	職業・学年
	歳	
	歳	
	歳	
	歳	
	歳	

○ご家族で精神科・心療内科を受診されたことのある方はいらっしゃいますか。

なし・あり（続柄・診断名：

※18歳未満の方のみお答えください。

○幼少期の頃についてお尋ねします。

妊娠中や周産期、または出生時にトラブルや特別なことはありましたか。

なし・あり（

出生時体重（ ） g 普通分娩・帝王切開・吸引分娩・その他（

乳幼児検診で何か指摘を受けたことはありますか。 ※検診時期と指摘内容をご記入ください。

なし・あり（検診時期・指摘内容：