

令和 年 月 日

【初診問診表】

当院の間診票は、状況をしっかり把握して診療に役立てるため、一般的なものよりも質問が多くなっております。

診察の基本となるものですので、正確にはっきりと省略せずにご記入下さい。

記入者氏名 _____ 続柄 ()

フリガナ	男・女	職業
お名前		
住所		
生年月日 昭和・平成 年 月 日生 年齢()	本人連絡先	
	家族連絡先	

1. 困っている症状、状況はどのようなものですか。

例： 気分が沈みこむ、眠れない、不安がつよい、人前で緊張する 等

2. 症状の出現や悪化のきっかけとなるストレス、出来事があれば記入して下さい。

例： ~年前に部署異動があつてから不安感が強く出てきた。
~年ごろ症状が出てきて、〇〇病院に通い一旦改善したが、~年ごろ環境が変わりまた悪化した。 等

3. 睡眠についてお伺いします。

■眠れていますか？

眠れている

眠れない… (寝つきが悪い 途中で目が覚める 早く目が覚める)

眠り過ぎる

■平均的な睡眠パターンを教えてください。

・布団に入る時間 () 時 ・眠りにつく時間 () 時 ・目が覚める時間 () 時

・途中で目が覚める場合、その回数 () 回 その後、すぐに眠れますか？ (はい ・ いいえ)

4. 食事についてお伺いします。

■食欲

ある 食欲はないが食事は摂れている ない

■食事のおいしさ

感じる 感じない

■体重

変わらない 減っている（3カ月で kg） 増えている（3カ月で kg）

5. これまでにかかった精神科・心療内科があれば教えてください。

通院期間	診断名	医療機関名	入院の有無
年 月～ 年 月			有 ・ 無
年 月～ 年 月			有 ・ 無
年 月～ 年 月			有 ・ 無
年 月～ 年 月			有 ・ 無

6. 項目 5.以外で、これまでにかかった病気について教えてください。

年齢	疾患名	医療機関名	現在通院の有無
歳			有 ・ 無
歳			有 ・ 無
歳			有 ・ 無
歳			有 ・ 無

7. 現在服用中の薬と、その医療機関名を教えてください。

お薬手帳をお持ちの方は、手帳で確認しますので受付へ渡してください。

薬の名前	医療機関名

8. 薬・食べ物のアレルギーがあれば教えてください。

ない ある（ ）

9. ご自身の性格について当てはまると思うものにチェックして下さい。

内向的 社交的 神経質 他人に気を遣いすぎる
短気 怒りっぽい 気が長い 責任感が強い
頑張りすぎる いい加減 飽きっぽい その他（ ）

10. ご家族構成について教えてください。

お名前	年齢	続柄	
	歳		同居 ・ 別居
	歳		同居 ・ 別居
	歳		同居 ・ 別居
	歳		同居 ・ 別居

11. ご家族・ご親族に精神疾患のある方がいますか？

いない いる（続柄： 疾患名： ）（続柄： 疾患名： ）

12. 教育・職歴についてお伺いします。

■最終学歴
 （ ） 中学 高校 専門学校 大学 大学院 ・ 卒業 中退 在学中

■職歴

年齢	職種	年齢	職種
歳 ～ 歳		歳 ～ 歳	
歳 ～ 歳		歳 ～ 歳	
歳 ～ 歳		歳 ～ 歳	

13. タバコ・アルコールなどについてお伺いします。

■タバコ
吸わない 吸う（ 歳から、1日 本程度）

■アルコール
ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む（1日の飲酒量 ）

■その他
 シンナー・脱法ドラッグなどの使用歴 あり なし
 覚せい剤・大麻・LSD・MDMA などの使用歴 あり なし

14. 当院に希望されることは何ですか？

診断や検査を受けたい デイケアの利用をしたい 薬物治療について相談・検討したい
相談をしたい 転院したい セカンドオピニオンを受けたい
診断書を発行してほしい その他（ ）

15. 今回の受診のきっかけをお聞きします。

■当院を受診のきっかけをお聞きします。
家族からのすすめ 知人・友人からのすすめ 他機関からの紹介（ ）
インターネット検索 その他（ ）

■受診前に当院ホームページをご覧になりましたか？ はい いいえ

