

## 佐倉心療内科クリニック 初診用問診票

記載日 年 月 日

## ①受診される方について

1) 氏名 \_\_\_\_\_ フリガナ \_\_\_\_\_

2) 生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日生まれ \_\_\_\_\_歳

3) 性別 男 女4) 住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5) 電話番号

自宅: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

携帯: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

家族: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (名前: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_)

電話にご家族が出られる場合、病院名を出しても大丈夫ですか? 可 不可

電話連絡の際の順番(例:携帯、自宅、家族): \_\_\_\_\_

6) メールアドレス: \_\_\_\_\_

## ②受診目的

## 1) 問診票の記入者

ご本人 その他(名前: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_)

## 2) 今回の受診は

自分で希望 説得されて受診 嫌だけど連れて来られた・連れてきた 本人には内緒で来た受診を勧めたが拒否しており代理で来た その他(\_\_\_\_\_)

## ③症状について

1) お困りのことは何ですか(いつ頃からどんな症状が出現したかなど、ご自由にお書き下さい)

---

---

---

---

2) 最初に症状が出現したのはいつ頃ですか

 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 頃 (または \_\_\_\_\_歳頃) わからない

3) 症状が出てくるようなきっかけがありましたか

- ある(思い当たるきっかけを記載してください: \_\_\_\_\_)
- ない わからない

4) 今つらいことは、どんなことですか？(複数選択可)

- 気持ちが落ち込む 前まで楽しめていたこと(趣味等)ができない よく眠れない
- やる気が起きない 集中力がなくなった 食欲が無い 食欲がありすぎる イライラする
- 気持ちが焦りやすい 死にたい気持ちになる 物忘れがひどい 考えがまとまらない
- 不安でしかたがない 胸がどきどきする 息苦しくなる 元気が良すぎる 怒りっぽくなった
- 気分の浮き沈みがひどい 人づきあいがうまいかない いない人やあるはずのないものが見える
- 周りから嫌がらせを受けているように感じる いない人の声やあるはずのないもの音が聞こえる
- 体がだるい 疲れやすい 頭痛 肩こり めまい 吐き気 下痢 便秘
- 飲酒がやめられない
- その他( \_\_\_\_\_ )

5) 睡眠について

夜はよく良く眠れますか？ はい いいえ

「いいえ」の方は下記であてはまる項目すべてにもチェックをお願いします

- なかなか寝つけない 途中で目が覚める 朝早く目が覚める 眠りが浅い
- 寝る時間が不規則 その他( \_\_\_\_\_ )

最近の入床・起床時間は何時ごろですか？

入床: \_\_\_\_\_ 時頃 最終起床: \_\_\_\_\_ 時頃 睡眠時間:約 \_\_\_\_\_ 時間程度

6) 食事について

食事はちゃんと摂れていますか

- 普通 食が細い 食べすぎてしまう その他( \_\_\_\_\_ )

体重の変化はありますか？ いいえ はい(ここ \_\_\_\_\_ か月で \_\_\_\_\_ kg の 減少 増加 )

7) 便秘について

- 普通 便秘気味 下痢気味 下痢と便秘を繰り返す その他( \_\_\_\_\_ )

④性格

元来のご性格はいかがでしたか？(複数チェック可)

- 内向的 社交的 神経質 あまり細かいことは気にしない 気は長い 短期 凝り性
- 飽きっぽい 責任感が強い 気を使いすぎる マイペース その他( \_\_\_\_\_ )

⑤既往歴

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(診断名: \_\_\_\_\_ ※現在通院中ですか?:はい いいえ)

通院歴のある方は下記もご記載ください

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月～ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月まで 医療機関名: \_\_\_\_\_ 入院 外来

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月～ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月まで 医療機関名: \_\_\_\_\_ 入院 外来

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月～ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月まで 医療機関名: \_\_\_\_\_ 入院 外来

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月～ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月まで 医療機関名: \_\_\_\_\_ 入院 外来

2) 現在治療中のご病気はありますか？

なし あり(下記であてはまる項目すべてにもチェックをお願いします)

糖尿病 高血圧 緑内障 心臓疾患(病名 \_\_\_\_\_)

肝臓疾患(病名 \_\_\_\_\_) その他(病名: \_\_\_\_\_)

3) 現在内服中のお薬はありますか？

なし あり(薬剤名: \_\_\_\_\_)

4) 今まで手術を受けたことや入院したことがありますか？

なし あり(ありの方は下にお書きください)

病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月) 手術 入院

病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月) 手術 入院

病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月) 手術 入院

病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月) 手術 入院

5) 血縁のご家族・親族で心療内科・精神科・神経科などを受診されたことがある方はおられますか？

あり なし

「あり」とお答えの方は、出来るだけ詳しく入力してください。

ご関係(例:父親、伯母など): \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_

⑥生活歴・社会歴

1) 出生地(例:〇〇県□□市など): \_\_\_\_\_

2) 生育地(例:〇〇県△△市など): \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_

3) 最終学歴

学校名: \_\_\_\_\_

学校の種類:中学 高校 専門学校 大学 その他( \_\_\_\_\_)

卒業の有無:卒業 在学中 中途退学

## 4) 現職について

現在働いている 現在働いていない

「現在働いている」とお答えの方は、出来るだけ詳しく入力してください。

勤務地(例:〇〇県△△市など): \_\_\_\_\_

会社名(または職業名)(例:〇〇商事、公務員など): \_\_\_\_\_

入社時期: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月

仕事の具体的な内容(例:レジ打ち、など): \_\_\_\_\_

勤務時間:定時勤務:週 \_\_\_\_\_日勤務、就業時間 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分～ \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分、

シフト勤務

残業時間:なし あり:月に約 \_\_\_\_\_時間

## 5) アレルギー

お薬や食べ物が原因で、発疹や肝障害などのアレルギーを起こしたことはありますか？

なし あり(原因物質 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_)

## 6) 嗜好品

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(例:ビール、日本酒など) \_\_\_\_\_を \_\_\_\_\_本くらい

喫煙 元々吸わない 吸う(1日 \_\_\_\_\_本位 \_\_\_\_\_年間位吸っている)

吸っていたがやめた(1日 \_\_\_\_\_本位 \_\_\_\_\_年間位吸っていた、やめたのは \_\_\_\_\_歳頃)

覚醒剤などの依存性薬物の使用歴はありますか？

なし あり(覚醒剤 大麻 モルヒネ コカイン シンナー その他(\_\_\_\_\_))

## ⑦家族歴

## 1) 同居の家族構成

現在、ご家族人数 \_\_\_\_\_人で暮らしている

ご家族構成(※夫、次女、義父など): \_\_\_\_\_

## 2) 両親

父親 存命(年齢: \_\_\_\_\_歳 ) 死亡(死亡年齢: \_\_\_\_\_歳、死因: \_\_\_\_\_ )

母親 存命(年齢: \_\_\_\_\_歳 ) 死亡(死亡年齢: \_\_\_\_\_歳、死因: \_\_\_\_\_ )

## 3) 兄弟姉妹

いる いない

「いる」とお答えの方は、出来るだけ詳しく入力してください。

何人兄弟・姉妹ですか \_\_\_\_\_人

兄弟姉妹の何番目ですか \_\_\_\_\_番目

兄弟の性別について(例:上から兄、姉、本人、妹)\_\_\_\_\_

4) 配偶者について

あり(\_\_\_\_\_年頃に結婚) なし

5) 子供について

あり なし

「あり」とお答えの方は、出来るだけ詳しく入力してください。

お子さんの人数:\_\_\_\_\_人

お子さんの性別について(例:上から長男、次男、長女)\_\_\_\_\_

5) 離婚歴

あり(結婚生活は\_\_\_\_\_年間で\_\_\_\_\_年頃に離婚) なし

6) 現在、妊娠していますか? 妊娠している 妊娠していない 妊娠の可能性あり 男性

7) 現在、授乳していますか? 妊娠している 妊娠していない 男性

⑧ 診療への希望

診療に当たり、ご希望などについて教えてください(複数選択可)。

診断について聞きたい 治療について聞きたい 薬を処方して欲しい 漢方を処方して欲しい

診断書を出して欲しい セカンドオピニオン希望 その他(\_\_\_\_\_)

⑨ その他

その他、何かありましたらご記載ください(これまでの質問欄では書ききれないことがある場合、質問に無い事柄でも関係がありそうなことがありましたら、こちらにお書きください)

---

---

---

---

---

---

ご協力いただきありがとうございました。

※ご記入いただきました個人情報、厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはございません。