

心療内科・精神科外来問診票

患者様氏名: 年 月 日

記入者氏名: (本人以外の方であればご記入ください) 患者様との続柄:

以下の質問は、患者様とご家族に充実した診療を提供させて頂くための重要な情報となります。御手数ですが、当てはまる項目に☑を入れてください。また空欄にはその内容を具体的にお書きください。ご協力の程、よろしく願いいたします。

●当院を受診された目的を教えてください。

診断をつける お薬の調整 他の医療機関からの紹介、転医

診断書の作成希望: その他:

●受診はどなたが希望されましたか。

本人 家族 その他

●今回、受診を希望された症状はどのようなものですか。またどのようなことでお困りですか。

気分が落ち込む 意欲が出ず興味がわからない、やる気が起きない もの忘れが気になる

眠れない 夜中に目が覚める いろいろと不安を感じる、取り越し苦労をする

急に不安になる、動悸や息苦しさが起こる 人前で緊張してしまう

落ち着かない、イライラしやすい 気分の波が激しい 怒りを抑えることがむずかしい

誰かに悪口を言われている、頭の中で声がする 人の視線が気になる、監視されている

自分の考えが周りに知れ渡っている

事実ではない考えを確信して訴える(例えば: 狙われている、被害を受けた、物を盗られた、浮気をしている など) 周囲の人には見えないものを見えていると言う

人間関係がうまくいかない コミュニケーションがうまくできない こだわりが強い

体の不調を感じるが異常はないと言われる

その他: 相談したい内容を以下の欄にご記入ください

→これらの症状は、いつから始まりましたか。またきっかけとなる出来事やストレス因はありましたか。

..... 歳頃から(.....年前から) 突然 徐々に 起こってきた

きっかけ:

➔これらの症状で病院やクリニックを受診したことはありますか。

ない ある

医療機関名:.....年 月 ~年 月 (通院・入院・1回のみ)

医療機関名:.....年 月 ~年 月 (通院・入院・1回のみ)

医療機関名:.....年 月 ~年 月 (通院・入院・1回のみ)

●常用しているお薬や市販薬などがありますか。

➔お薬手帳やお薬説明文書があれば、それをご提示ください。お持ちでない場合、お分かりの範囲でご記入ください。

.....
.....

●アレルギーはありますか。

ない ある

●お酒は飲んでいますか。

飲んでいない(飲めない)

飲んでいる 飲んでいたがやめた歳から.....歳

➔種類(ビール・日本酒・焼酎・ウイスキー・ワイン・その他.....)

一日.....ml(.....) (週・月)に.....日・機会飲酒

●タバコは吸っていますか(吸っていましたか)。

吸っていない

吸っている 吸っていたがやめた歳から.....歳本/日

●これまでかかった病気はありますか。

高血圧症 糖尿病 高脂血症(コレステロールや中性脂肪) 不整脈・心疾患

脳卒中(脳出血、脳梗塞など) 甲状腺の異常(ホルモンの異常)

気管支喘息・肺炎・慢性の呼吸器疾患 その他

●女性の方にお聞きします。

妊娠している(可能性がある) いいえ はい ➔妊娠.....カ月 (.....週)

授乳している いいえ はい

月経は ほぼ規則正しい 不順 閉経

月経周期に伴って体調や精神症状が変化する いいえ はい

- ご出身はどちらですか。 _____(都・道・府・県)_____ (市・区・町・村)

- 兄弟姉妹は何人で、そのうち何番目ですか。
□いない □いる _____人中_____番目

- これまでご結婚をされたことはありますか。
□ない □ある (配偶者も健在・死別した・離婚した)

- お子様はいますか。いらっしゃる場合は人数もご記入ください。
□いない □いる _____人

- 最後に出た学校名をご記入ください。
学校名:_____ (卒業・在学中_____年・休学中・中退)

- これまでお仕事をされたことがありますか。
□ない □ある
_____歳 ~ _____歳まで 職業: _____
_____歳 ~ _____歳まで 職業: _____
_____歳 ~ _____歳まで 職業: _____

- 元々のご性格について、当てはまると思うものに☑を入れてください。
□社交的 □一人の方が好き □まじめ □責任感が強い □心配性
□マイペース □職人気質 □おおらか □頑固 □優柔不断 □短気
□無口 □嫉妬深い □気難しい □その他_____

- 当院を受診されるきっかけとなったものを教えてください。
□ホームページを見て □他の医療機関や関係機関からの紹介_____
□知人の紹介_____ □その他_____

当院は、マイナ保険証を利用した診療情報を取得・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。
(医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時):マイナ保険証利用の場合 2点、健康保険証の場合 4点)
マイナ保険証による診療情報取得に □同意する □同意しない (どちらかをご選択ください)

以上です。ご協力ありがとうございました。