

# 問 診 票

診察前にご記入ください

フリガナ	
名 前	( 男 ・ 女 )
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ) 年 月
住 所	〒(            -            )
電話番号	
携帯電話	

身長:                      cm 体重:                      kg 血液型:                      型 Rh(            )

1. どのようなことでお困りですか？

---

---

---

2. それはいつ頃からですか？

---

---

---

3. 最近2週間の状態についてうかがいます。該当する項目があれば( )に○をつけてください。  
症状がとて強い場合には◎をつけてください

- ( ) 気分が落ち込んでいる
- ( ) 睡眠について悩んでいる
  - ( ) 寝つけない      ( ) 途中で何度も目が覚める      ( ) 朝早く目が覚めてしまう
- ( ) 今まで楽しんでいたことが楽しめない      ( ) 自信がない、自分を責めてしまう
- ( ) だるくて、体が疲れやすい      ( ) 集中力が落ちて、ミスが多い
- ( ) 食事がとりにくい      ( ) 体重が減った(            ヶ月で            kg程度)
- ( ) 何もかも、おっくうな感じがする      ( ) イライラして、じっとしてられない
- ( ) 死んでしまった方が楽なのではないかと考える
- ( ) 急に不安になる、胸がドキドキする      ( ) 細かいことを、何度も確認する
- ( ) 嫌な記憶を、急に思い出してしまう
- ( ) 人前に出るのが不安である      ( ) 他人の視線が気になる
- ( ) 小さな物音が耳につく      ( ) 頭の中にいろいろな考えが浮かんで混乱する

4. 今までに精神科・心療内科にかかったことがありますか？ はい・いいえ

『はい』の方は医療機関名と時期もお書き下さい。

病院名	年	月～	年	月
病院名	年	月～	年	月

5. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？ はい・いいえ

『はい』の方は医療機関名と時期もお書き下さい。

病名	病院名	時期
病名	病院名	時期

6. 現在、内服しているお薬があればご記入ください

---

---

7. 薬や食べ物でじんましんがでたり、体調が悪くなったりしたことがあれば記入してください

食べ物	薬
-----	---

8. あなたの出身地・家族構成について教えてください

出身地( ) 兄弟は( )人で( )番目  
現在、結婚している  している( 回目)  していない  
子どもはいますか？  いる( 人)  いない

9. 最終学歴 学校名:  在学  中退  卒業

10. 現在の職業: \_\_\_\_\_ 職歴: \_\_\_\_\_

11. お酒は飲みますか？  いいえ  はい(  毎日  時々  まれに )

飲む方は、何を1回にどのくらい飲みますか？( )

12. その他、伝えておきたいこと、困っていること、質問したいことなどがあれば記入してください

---

---

---