心療内科問診票

（あてはまるものに ☑ チェックをいれてください）　　年　　月　　日　　No.

氏名	（フリガナ）	住所 〒（　　－　　）　　市・区 町
生年月日 明・大・昭・平　　年　　月　　日生　　才	男・女	電話番号

1　症状はいつ頃から始まりましたか?。また現在どのような状態ですか?

（　　）日前 ・（　　）週間前 ・（　　）ヶ月前 ・（　　）年前

〔 症状を詳しくご記入ください。 〕

2　原因についてご自身で思い当たることはありますか?

☐ ある
☐ ない

〔 あるとお答えの方は詳しくご記入ください。 〕

4　以前、治療を受けた経験はございますか?。またその時どのような治療や説明を受けましたか?。

☐ ある
☐ ない

〔 あるとお答えの方は詳しくご記入ください。 〕

5　以前、同様の症状にかかったことはありますか? またその時どのようにして乗り越えましたか?。

☐ ある
☐ ない

〔 あるとお答えの方は詳しくご記入ください。 〕

6　下記のあてはまる項目に ☑ を入れて、（　）内にその数字を記入してください。

- たばこ …… ☐ 吸わない ・ ☐ 吸う 〔 およそ1日平均（　　）本 ・ 約（　　）年間 〕
- アルコール …… ☐ まったく飲まない ・ ☐ たまに飲む ・ ☐ ほぼ毎日飲む 〔 量（　　） 〕
- カフェイン …… ☐ 摂取なし ・ ☐ 摂取あり（毎日・週　回・　杯）コーヒー・紅茶・緑茶・コーラ ・ その他（　　）
- アレルギー …… 食べ物（　　）・薬（　　）
  その他（　　）
- 睡眠 …… 睡眠時間（　　）時から（　　）時 〔 ☐ 良好 ・ ☐ 普通 ・ ☐ 不良 〕
  〔 ☐ 寝付きが悪い ・ ☐ 何度も目が覚める ・ ☐ 朝早くに目が覚める ・ ☐ 熟睡間がない 〕
- 食欲 …… 〔 ☐ 良好 ・ ☐ 普通 ・ ☐ 食べられない ・ ☐ 食べ過ぎる 〕
- 最近の体重の変化 …… 〔 ☐ 増加 ・ ☐ 不変 ・ ☐ 減少 〕（　　）ヶ月に（　　）kg
- 運転 …… ☐ しない ・ ☐ する（ ☐ 仕事で毎日 ・ ☐ 通勤で毎日 ・ ☐ 休日のみ ・ ☐ その他　　）
- 食事 …… ☐ 規則的 ・ ☐ 不規則（具体的に：1日　　食、　　）
- 排便 …… （　　）日に（　　）回
- 排尿 …… 1日に（　　）回

7　今現在、ご使用中のお薬はありますか?（市販の薬・健康食品も含む）

☐ ある
☐ ない

〔 あるとお答えの方は具体的なお薬名、食品名をご記入ください。 〕

8　お薬を服用する上で、アレルギーや体質など気になることはありますか?

☐ ある
☐ ない

〔 あるとお答えの方は詳しくご記入ください。
食物アレルギー（ ☐ 卵 ・ ☐ 牛乳 ・ ☐ 大豆 ・ ☐ その他　　）
☐ 下痢しやすい ・ ☐ 便秘しやすい ・ ☐ 胃が弱い ・ ☐ かぶれやすい
☐ その他（　　） 〕

9　お薬がからだに合わなかったことはありますか?（気分が悪くなった、湿疹が出たなど）

☐ ある
☐ ない

〔 あるとお答えの方は合わなかった薬の名前、その時の症状をご記入ください。 〕

10　今までに、下記のような病気になった事はありますか?　（病名が分らない時は症状をお答えください）

☐ ある
☐ ない

〔 あるとお答えの方はあてはまるものに ☑ チェックを入れてください。
また以前治療した病名は ◯ マルで囲んでください。
☐ 高血圧 ・ ☐ 脂質異常症 ・ ☐ 糖尿病 ・ ☐ 胃腸病 ・ ☐ 腎臓病 ・ ☐ 甲状腺
☐ 心臓病 ・ ☐ 肝臓病 ・ ☐ 喘息 ・ ☐ 緑内障 ・ ☐ 白内障
☐ 手術（　　） ・ ☐ その他（　　） 〕

裏面へ続きます。

11 今までの人生において、感じたことのある気持ちの変化についてお答え下さい。

2週間以上　イライラが続いたことがありますか? ……（□ ある・□ ない）
2週間以上　不安な感じが続いたことがありますか? ……（□ ある・□ ない）
2週間以上　気分の落ち込みが続くことがありますか? ……（□ ある・□ ない）
いっそ、死んでしまいたいと思ったことがありますか? ……（□ ある・□ ない）
実際に自殺を試みたことがありますか? ……（□ ある・□ ない）

12 人生で辛かった状況を10点、全く問題がない状態を0点とすると、今は何点ですか?

イライラ ……（　　点）　不安 ……（　　点）　気分の落ち込み ……（　　点）
死にたいと思う気持ち ……（　　点）　自殺の衝動 ……（　　点）

13 生活についてお答えください。

・生まれたところ ・・・〔　　〕
・最終学歴 ……〔　　卒業・在学中・中退 〕

14 仕事を過去に、または現在されているようでしたらお答えください。

それはどのような仕事ですか、またその仕事についてどのように感じていますか?

15 これまでの職歴についてお答えください。

・　　歳～　　歳まで〔 職種：　　〕
・　　歳～　　歳まで〔 職種：　　〕
・　　歳～　　歳まで〔 職種：　　〕

16 家庭についてお答えください。

・何人兄弟・姉妹の何番目ですか? ……〔　　人中　　番目〕〔 男　　人・女　　人〕
・結婚はされていますか?……〔 □ 未婚・□ 既婚（　　歳の時）□ 離婚 〕
・子供はいますか? …… □ いる・□ いない〔　　人 〕〔 男　　人・女　　人〕
・両親は健在ですか? …… 父親〔 □ 健在・□ 病気・□ 死去〕母親〔 □ 健在・□ 病気・□ 死去〕
・一緒に住んでいるのは誰ですか? また何人でお住まいですか?
〔　　〕

17 女性の方のみ、お答え下さい

現在生理中ですか? 【 □ いいえ ・ □ はい 】 ・ 現在妊娠中ですか? 【 □ いいえ ・ □ はい「　　ヶ月」】
現在授乳中ですか? 【 □ いいえ ・ □ はい 】 ・ 妊娠の可能性がありますか? 【 □ いいえ ・ □ はい 】

18 心療内科の受診をどなたかにすすめられましたか?

□ 自分から希望して
□ 家族が希望して
□ その他

〔 その他とお答えの方は詳しくご記入ください。 〕

19 当クリニックを何で知りましたか?。

□ バス広告を見て　□ 看板を見て　□ インターネットを見て　□ タウンページを見て
□ 以前通院たことがある　□ 紹介された（ 知人 ・ 家族 ）
□ その他〔　　〕

20 当院でご興味のある治療やご相談したいことはございますか? （ 複数回答可 ）

① □ 禁煙　② □ ダイエット　③ □ 体質改善、疲労回復、アンチエイジング　④ □ プラセンタ注射
⑤ □ にんにく注射　⑥ □ サプリメント　⑦ □ にきび、にきびあと治療　⑧ □ しみ
⑨ □ しわ　⑩ □ たるみ　⑪ □ わきが　⑫ □ 脱毛
⑬ □育毛　⑭ □ 加圧トレーニング　⑮ □ 健康診断　⑯ □ その他（　　）

21 他に医師に伝えておきたいこと、聞いてみたいことがあれば、自由に記入してください。

□ 初回の診察から3ヶ月間は患者様の状態を確認しながらの治療のため、2週間おきの診察・処方となります。
診察時間が10分を超えた場合、お声をかけさせていただくことがあります。

お答えいただき有難うございました。

ヒロクリニック 心療内科