



心療内科問診票

氏名 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

以下の項目にご記入をお願い致します。

1.本日困っていること、相談したいことを順番にお書きください。

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

2.それはいつ頃から始まりましたか。どのような状況で始まりましたか。

3.現在のような状態に至ったのはどのような理由によるか、何か思い当たるところはありますか。
(たとえば、身体の病気、人間関係、環境の変化など)

4.ご自分の状態はどのような状態と思いますか。

- a.身体の病気 b.「こころ」が関係している身体の変調 c.神経症 d.うつ状態
e.その他(_____)

5.今回の件で、どのような治療をいつ頃どこで受けましたか。その治療の効果はいかがですか。
特に現在も他院で治療を受けている方はくわしくお書きください。

(_____)病院

6.今までどのような病気やケガをされましたか。入院したことはありますか。

_____ 歳 _____ 歳
_____ 歳 _____ 歳

7.薬の副作用(アレルギーなど)はありますか。

(あり・なし)

具体的薬剤名 _____

8.(女性の方に)現在妊娠中ではありませんか。もしくは可能性はありませんか。

(a.妊娠中 b.可能性あり c.可能性なし)

最終月経はいつですか？ (_____)頃

裏もお書きください

9.ご家族の状況をお知らせください。(間柄・年齢・職業・健康状態・同居・別居・婚姻状態)

10.職歴について

現在の職業()、()年位
過去の職歴()

11.趣味は何ですか？また、信仰している宗教があったら書いてください。

12.最終学歴

小学校・中学校・高等学校・短期大学・大学・専門学校
在学中 ()年・中退・卒業

13. 病気になる前はどのような性格でしたか？

14.以下にお答えください。

睡眠 (過眠・十分・まあまあ・不良)	疲れやすい (あり・なし)
食欲 (過食・ちょうど良い 食べれば食べられる・不振)	生理 (規則的・不順)
便秘 (快便・便秘・下痢・ 下痢と便秘が交替・ガスが多い)	性欲減退 (あり・なし)
動悸 (あり・なし)	いらいら (強い・中ぐらい・少し・なし)
息切れ(あり・なし)	ゆううつ (強い・中ぐらい・少し・なし)
肩こり(あり・なし)	不安 (強い・中ぐらい・少し・なし)
頭痛 (あり・なし)	あせり (強い・中ぐらい・少し・なし)
頭重感(あり・なし)	おっくう感 (強い・中ぐらい・少し・なし)
しびれ(あり・なし)	死にたい気持ち (強い・中ぐらい・少し・なし)
何となく周囲が変わった感じがする (あり・なし)	活動し過ぎるようになった (あり・なし)
他人が変な目で見ると感じる (あり・なし)	おしゃべりになった (あり・なし)
他人に陰口を言われる (あり・なし)	繰り返し確かめないと不安 (あり・なし)
実際にはないものが見えたり、 聞こえたりする (あり・なし)	飲酒 (1日 位× 年間・禁酒している)
人を避け自室に閉じこもる(あり・なし)	喫煙 (1日 本× 年間・禁煙している)

15.特に検査やカウンセリングのご希望がありましたら、お書き下さい。

16.その他、特にお話ししたいことがあればお書き下さい。