

三山木診療所 初診問診票 記入年月日： 年 月 日 記入者()

お名前 (フリガナ)： ()

生年月日・年齢： 年 月 日 ・(歳)

住所：(〒 -)

電話番号： - -

1、今回の受診はどなたのご意向でしょうか？

自分から 家族のすすめ 知人・友人のすすめ

2、今日はどなたといらっしゃいましたか？

本人のみ ()と一緒に

3、今日相談したいことは、どのようなことでしょうか？

4、それはいつ頃からですか？

()年()月頃、もしくは()歳頃

5、症状が出現したり、悪化するきっかけや、ストレスとなるようなできごとがあれば

ばご記入ください。

6、上記のことで、病院やクリニックなどを受診したことはありますか？

- | 医療機関名 | 期間 | 治療内容 |
|------------|------------------|------|
| ・() (~) | (通院・入院・不定期・1回だけ) | |
| ・() (~) | (通院・入院・不定期・1回だけ) | |
| ・() (~) | (通院・入院・不定期・1回だけ) | |

7、これまでに、精神科や心療内科の薬を服用したことはありますか？

ある → わかる範囲でお答えください() ない

8、ご自分の性格について、当てはまるものを丸で囲んでください

内向的 外交的 神経質 あまり細かいことは気にしない のんびりしている 短気
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 完璧主義 楽観的
悲観的 人付き合いが苦手 その他 ()

9、趣味はありますか？

ある →() ない

10、 睡眠の状況についてお答えください

普通 寝付きが悪い 眠りが浅い 早く目が覚める 眠りすぎる

11、 食欲はありますか？

普通 落ちてはいるが食事はとれている 食事が減っている 食欲があり過ぎる

12、 便秘について

普通 便がでにくい 下痢しやすい

13、 体重の増減について

変わらない 減っている(3ヶ月で kg 減) 増えている(3ヶ月で kg 増)

14、 大きなケガや病気をした経験、また入院や手術の経験がありますか？

ない ある →(歳:) (歳:)

15、 お薬や食べ物のアレルギーについて

ない ある →()

16、 現在服用中のお薬があれば、教えてください。

・(病院名:) (お薬:)

・(病院名:) (お薬:)

・(病院名:) (お薬:)

17、 嗜好品について

タバコ 吸わない 吸う →(歳から、1日本くらい)

アルコール ほとんど飲まない 機会飲酒 ほぼ毎日飲む(1日 を くらい)

18、 生まれ育った環境についてお伺いします。

主に育った土地 ()

ご両親のご職業 (父: _____、母: _____)

ご両親の離婚歴 ある ない

兄弟姉妹 いない いる →(_____ 人中 _____ 番目)

19、 学生時代の生活についてお伺いします。

小中学生の頃、友達はいましたか? ほとんどいなかった ふつう 多かった

不登校になったことはありましたか? ある →(_____)ない

成績はどのくらいでしたか? 上位 中位 下位

最後に通った学校 (_____) → (卒業・中退・休学中・在学中)

日常生活・学習面・友人関係などにおいて、気になるエピソードがあればお書きください。

20、 お仕事をされている方にお伺いします。

今の職業は(_____ :業務内容 _____)

転職は ない ある →(_____ 回、辞めた理由は _____)

職場での悩み ない ある →(_____)

21、 ご家族についてお伺いします。

ご両親はご健在ですか? はい いいえ →()

結婚したことはありますか? 未婚 既婚(歳) 離婚(歳) 再婚(歳)

現在、配偶者・パートナーはいますか? いない いる →(歳、仕事は)

子供はいますか? いない いる →()

現在同居している方はいますか? いない いる →()

精神科・心療内科にかかれたことのある方はいますか? いない いる →()

ご家族はあなたの状態をどのように理解されていますか?

22、 あなたのこれからの治療に協力してくれる人はいますか?

いいえ はい →()

23、 お薬に関するご希望がありますか?

必要かがあれば服用してもいい できる限り使いたくない 先発品を希望する

24、 ご利用している社会福祉制度があれば教えてください。

自立支援医療 精神保健福祉手帳 障害年金 介護保険 その他()

25、 通院しやすい曜日・時間帯はありますか?

26、 その他、気になること、きいてみたいことがありますか?

問診票はここまでです。ご協力ありがとうございました。