

## 【 流山おおたかの森メンタルクリニック 初診問診票 】

当院の問診表は、状況をしっかり把握して診療に役立てるため、一般的なものよりも質問が多くなっております。記入が難しいとお感じになられたり、よくわからない項目は空欄のままで結構です。

また、診察の当日にお聞きになりたいことやご希望などございましたら、遠慮なくご記入下さい。

初診予約日時： 年 月 日

フリガナ 名 前		生年月日	大・昭・平 年 月 日
-------------	--	------	----------------

1. 今回の受診はどなたの意向によるものですか？

自分から 家族のすすめ 知人・友人のすすめ 職場のすすめ

2. この問診表を記入しているのはどなたですか？

本人 家族（ ） その他（ ）

3. 困っている症状、状況はどのようなものですか？

4. それはいつ頃からですか？

（ ）年（ ）月頃 もしくは（ ）歳頃

5. その後、現在までの症状・状況の変化はどうでしたか？

例：徐々に悪化した、～年ごろにクリニックに通い一旦改善したが～年ごろにまた悪化した。

6. 症状、状況が出現したり、悪化したきっかけとなるストレス、出来事があれば記入してください。

7. 現在ある症状について、当てはまる物にチェックして下さい。

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> よく眠れない                  | <input type="checkbox"/> 眠りすぎる            | <input type="checkbox"/> 疲れやすい        |
| <input type="checkbox"/> 意欲が出ない                  | <input type="checkbox"/> おっくう             | <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む      |
| <input type="checkbox"/> 不安                      | <input type="checkbox"/> 胸がドキドキする         | <input type="checkbox"/> 息苦しくなることがある  |
| <input type="checkbox"/> 変に汗をかく                  | <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない        | <input type="checkbox"/> 集中力がない       |
| <input type="checkbox"/> テレビを見ても内容が頭に入らない        | <input type="checkbox"/> 好きなことをしても楽しくない   | <input type="checkbox"/> よく涙が出てしまう    |
| <input type="checkbox"/> 世の中のことや家族のことなどに興味がなくなった |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> 死にたい気持ち                 | <input type="checkbox"/> イライラ             |                                       |
| <input type="checkbox"/> 気持ちが焦りやすい               | <input type="checkbox"/> 怒りやすい            | <input type="checkbox"/> 人に対して怒鳴ってしまう |
| <input type="checkbox"/> 暴力してしまう                 | <input type="checkbox"/> 周りの人が自分の悪口を言っている |                                       |
| <input type="checkbox"/> 見張られている                 | <input type="checkbox"/> いつも嫌がらせされている     | <input type="checkbox"/> 音に敏感         |
| <input type="checkbox"/> 光に敏感でまぶしい               | <input type="checkbox"/> 食欲の低下            | <input type="checkbox"/> 食欲の亢進        |
| <input type="checkbox"/> 過食                      | <input type="checkbox"/> 自ら吐くことがある        | <input type="checkbox"/> アルコール依存傾向    |
| <input type="checkbox"/> 頭痛                      | <input type="checkbox"/> 吐き気              | <input type="checkbox"/> めまい          |
| <input type="checkbox"/> 肩こり                     | <input type="checkbox"/> 下痢               | <input type="checkbox"/> 便秘           |
| <input type="checkbox"/> むくみやすい                  | <input type="checkbox"/> 冷え症              |                                       |
| <input type="checkbox"/> 自傷行為 → チェックありの場合：( ) 歳  | 内容 ( )                                    |                                       |

～女性にお伺いします～

- 月経前に体調、気分が悪化する
- 月経について： 規則的 ( ) 日おき  
不規則  
閉経 ( ) 歳
- 妊娠中
- 授乳中

8. 睡眠についてお伺いします。

① 眠れていますか？

- 普通
- 眠れない（複数チェック可：寝つきが悪い 途中で目が覚めて浅い 早く目が覚める）
- 眠りすぎる

② 平均的な睡眠時間のパターン (11～12 時頃) などの記入でも OK です。

- 布団に入る ( ) 時、眠りにつく ( ) 時、  
完全に目が覚める ( ) 時、布団を出る ( ) 時、  
途中で目が覚める場合、その回数 ( ) 回  
その後すぐにまた眠れますか？ はい いいえ

9. 食事についてお伺いします。

① 食欲

普通      落ちているが食事は取れている      食事量が減っている      食欲がありすぎる

② 体重

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

10. これまでにかかれた心療内科、精神科があれば教えて下さい。

(      ) 年 (      ) 月 ~ (      ) 年 (      ) 月 医療機関 (      ) 入院 外来  
(      ) 年 (      ) 月 ~ (      ) 年 (      ) 月 医療機関 (      ) 入院 外来  
(      ) 年 (      ) 月 ~ (      ) 年 (      ) 月 医療機関 (      ) 入院 外来

11. これまでに精神科・心療内科の薬を服用したことがありますか？

ある      ない

ある場合、わかる範囲でお答え下さい。

効果があった薬 (      )

効果がなかった薬 (      )

副作用が出て合わなかった薬 (      )

その他 (      )

12. 血縁のご家族、ご親族に精神科、心療内科の病気のある方がいますか？

ご関係 (      ) 病名・状態など (      )

ご関係 (      ) 病名・状態など (      )

13. ご自身の性格について当てはまると思う物にチェックして下さい。

内向的      社交的      神経質      いい加減  
短気      怒りっぽい      気が長い      責任感が強い  
頑張りすぎる      他人に気を使いすぎる      飽きっぽい

14. これまでにかかれた病気について教えて下さい。

糖尿病 (内服: あり なし      インスリン: あり なし)

高血圧 心臓疾患 (      ) 緑内障      肝臓疾患

脳に関する病気 (      )

大きなケガ、事故 (      )

感染症について: B型肝炎      C型肝炎      H I V      梅毒      その他 (      )

健康診断: 実施 (      ) 年 (      ) 月      未実施

→指摘されたことがあればお書き下さい (      )

15. 現在服用中の薬と、もらっている医療機関名を教えてください。

医療機関（ ） 薬の名前（ ）  
 医療機関（ ） 薬の名前（ ）  
 医療機関（ ） 薬の名前（ ）

16. 薬、食物によるアレルギーや、副作用歴があれば教えてください。

薬、食べ物（ ） 症状（ ）  
 薬、食べ物（ ） 症状（ ）  
 薬、食べ物（ ） 症状（ ）

17. ご家族についてお伺いします。

【両親・兄弟】

続柄	年齢	健康状態	同居の有無	職業	居住地
例：父	例：65歳	例：うつ	例：別居	例：元公務員	千葉県
			同居・別居・離婚・音信不通・死去		
			同居・別居・離婚・音信不通・死去		
			同居・別居・離婚・音信不通・死去		
			同居・別居・離婚・音信不通・死去		
			同居・別居・離婚・音信不通・死去		

【配偶者・子ども】

続柄	年齢	健康状態	同居の有無	職業	居住地
例：長男	例：14歳	例：不登校	例：同居	中学2年	千葉県
			同居・別居・離婚・音信不通・死去		
			同居・別居・離婚・音信不通・死去		
			同居・別居・離婚・音信不通・死去		
			同居・別居・離婚・音信不通・死去		
			同居・別居・離婚・音信不通・死去		

18. 幼児期・学歴・職業歴についてお伺いします。

【幼児期】

出生地（ ）

発達面の遅れを指摘されたことがありますか？ あり なし

【学歴】 当てはまるものに、□にチェックをお願いします。

小学校 普通級 通級 特別支援学級

中学校 普通級 通級 特別支援学級

\_\_\_\_\_高校：( 全日 定時 通信 ) → ( 在籍中 卒業 中退 )

\_\_\_\_\_ ( 大学 / 専門 / 短期 ) → ( 在籍中 卒業 中退 )

\_\_\_\_\_大学院：( 在籍中 卒業 中退 )

【職業歴】

( )年( )歳～( )年( )歳 職業：

( )年( )歳～( )年( )歳 職業：

( )年( )歳～( )年( )歳 職業：

( )年( )歳～( )年( )歳 職業：

( )年( )歳～( )年( )歳 職業：

～休職歴について～

現在休職中

( )年( )月より休職中

病名( ) 期限( )年( )月まで

健康保険組合からの傷病手当金の受け取り あり なし

以前休職していたことがある

( )年( )月～( )年( )月

19. タバコ、アルコールなどについてお伺いします。

① アルコール

ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む(1日 を くらい)

② タバコ

吸わない 吸う( 歳から、1日 本くらい)

③ シンナー、脱法ドラッグ、覚せい剤、大麻、LSD、MDMA などの使用歴 あり なし

20. お聞きになりたいことや、診療に関するご希望があればお書き下さい。

※ 当院は、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。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。