

心療内科、メンタルクリニック用 診察申込書・問診票

		平成 年 月 日	
フリガナ		男	生年月日 明 昭 年 月 日 才
氏 名		女	大 平
住 所	〒 携帯 () 電話 ()		
職 業 (具体的に)		身長	cm 体重 kg

1. 現在困っている事は何ですか？自分に当てはまる項目に○をつけて下さい。

- | | | | |
|-------------|--------------------|-----------------|------------------------|
| 1. 頭痛 | 1. 眠れない | 1. 気が重く沈む | 1. 何となく周囲が変わった感じがする |
| 2. 吐き気 | 2. いらいらする | 2. もの悲しくなる | 2. 他人が変な眼で見る |
| 3. めまい | 3. なんとなく不安 | 3. 何もする気がしない | 3. 他人に陰口を言われる |
| 4. 耳鳴り | 4. 考えがまとまらない | 4. 無口になった | 4. 実際に無い物が見えたり、聞こえたりする |
| 5. ひきつけ | 5. 胸がドキドキする | 5. 死にたくなる | 5. 人を避け自室に閉じこもる |
| 6. 失神 | 6. 肩こり | 6. 食欲・性欲がない | 6. 辻褄の合わない言動をする |
| 7. 手の震え | 7. 頭が重い | 7. だるい、疲れやすい | |
| 8. ロレツが回らない | 8. 他人の視線が気になる | 8. 活動しすぎるようになった | |
| 9. 物忘れ | 9. 繰り返し確かめないと不安 | 9. おしゃべりになった | |
| 10. 間違えた行動 | 10. 何事も生き生きと感ぜられない | | |
| | 11. 酒がやめられない | | |

その他自由にお書き下さい。

()

2. いつ頃から具合が悪くなりましたか。

昭和・平成 年 月から (または 才頃)

3. 具合が悪くなった原因と思われる事がありますか。

1. な い 2. あ る (内容)

4. 今まで精神神経科の治療を受けた事がありますか。

1. 受けない
2. 受けた
- | | | | | | | |
|----------|---|-----|---|-----|----|-------|
| 1) 昭和・平成 | 年 | 月より | 年 | 月まで | 病院 | 入院・通院 |
| 2) 昭和・平成 | 年 | 月より | 年 | 月まで | 病院 | 入院・通院 |
| 3) 昭和・平成 | 年 | 月より | 年 | 月まで | 病院 | 入院・通院 |

5. 今までに大きな病気・ケガをしたことがありますか。

1. な い
2. あ る
- | | | | |
|-------|---|---|----|
| 昭和・平成 | 年 | 月 | 病名 |
| 昭和・平成 | 年 | 月 | 病名 |

6. アレルギーはありますか。

1. な い
2. あ る
- どんなアレルギーですか？ ()
- 喘息はありますか？ (な い あ る)
- じんましんは出たことがありますか？ (な い あ る)

7. 元気な時のあなたは

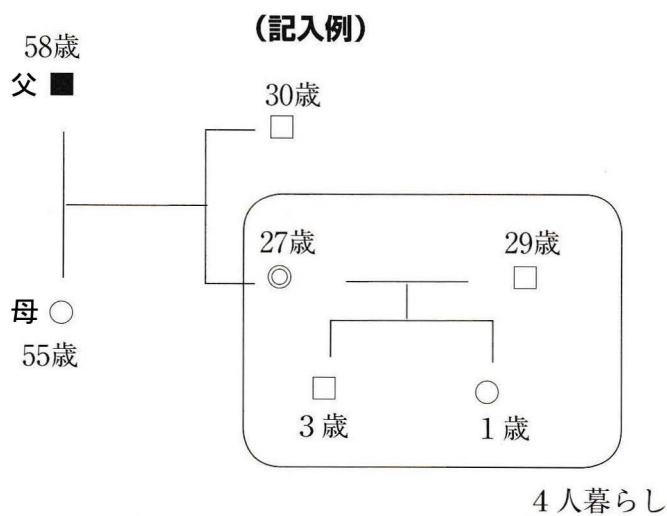
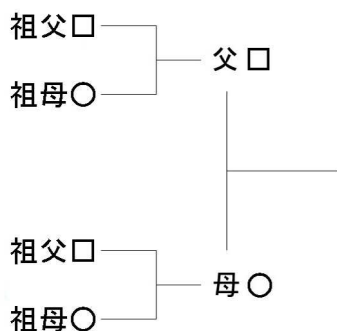
- | | | | |
|----------------|--------|--------------|--------|
| ①働くことが好きだった | はい・いいえ | ⑨常識を大切にする | はい・いいえ |
| ②やりだしたら徹底的にしたい | はい・いいえ | ⑩極端なことをしない | はい・いいえ |
| ③責任感が強い | はい・いいえ | ⑪目立つことが嫌い | はい・いいえ |
| ④義理を重んじる | はい・いいえ | ⑫熱しやすいところがある | はい・いいえ |
| ⑤頼まれると断れない | はい・いいえ | ⑬どちらかと言うと朗らか | はい・いいえ |
| ⑥人と争うのが苦手 | はい・いいえ | ⑭物を片付けるのが好き | はい・いいえ |
| ⑦気が小さい | はい・いいえ | ⑮きれい好き | はい・いいえ |
| ⑧人にどう思われるか気にする | はい・いいえ | | |

8. 教育・生活史についてお書き下さい。

最終卒業学校（小・中・高・大・専門）学校	小学校以来の成績（上・中・下）
生まれたところ（都道府県）	生家の職業（ ）
職業歴 年から 年まで（ ）	
年から 年まで（ ）	
結婚歴 未婚・既婚 結婚（昭和・平成 年） 離婚（昭和・平成 年）	

9. 例を参考にして家系図をお書き下さい。

（男は□、女は○で書き、本人は◎、亡くなっている方は塗りつぶして下さい。又それぞれ年齢を書いて下さい。同居の家族を大きな丸で囲んで下さい。何人で暮らしているか教えて下さい）



10. タバコは お酒は

- | | |
|-------------|---------|
| 1. 吸う（1日 本） | 2. 吸わない |
| 1. 毎日飲む（種類： | 量： /日） |
| 2. 時々飲む | |
| 3. 飲まない | |

いつも飲んでいる薬は 1. ある（薬名 ） 2. な い

シンナー、脱法ドラッグなどの使用歴 □あり □なし（内容： ）

覚せい剤、大麻、LSD、MDMA などの使用歴 □あり □なし（内容： ）

11. 参考にいたしますので診察の前に伺います。

身長（ cm）	体重（ kg）
血压（ mmHg）	体温（ ℃）
脈（ 回／分）	

この記録はどなたがお書きになりましたか？
（本人・父・母・夫・妻・兄弟・その他）

平成 年 月 日 記入