

問 診 票

記入者：本人・父・母・その他（ ） 平成 年 月 日

ふりがな	生年月日
氏名 男・女	大・昭・平 年 月 日 (歳)
〒 ー	
住所：	
TEL： ()	

① 現在お困りの事柄、症状、状況はどのようなものですか？

② それはいつからですか？

(昭・平) 年 月 日頃 (または 歳頃)

③ 症状が、状況が悪化したストレスやきっかけはありますか？

④ 現在当てはまるものを教えてください

- ・疲れやすい・意欲が出ない・おっくう・気分が落ち込む・不安が強い・動悸がする
- ・息苦しくなる・考えがまとまらない・集中力がない・よく涙が出る・TVの内容が頭に入らない・好きな事をしても楽しくない・家族や世間の事に興味がなくなった・死にたい
- ・自傷行為をする・イライラする・怒りやすい・暴力を振るう・怒鳴る・月経前に体調、気分が悪化する・変に汗をかく・気持ちが焦りやすい・幻覚がある・幻聴がある・音に敏感
- ・光に敏感でまぶしい・めまい・吐き気・自ら吐くことがある・下痢・便秘

⑤ ご自身の性格や特徴について、当てはまるものを教えてください

- ・愛想がよい・がんこ・きまじめ・要領が良い・要領がよくない・無頓着・控えめ・無口
- ・人付き合いが好き・人付き合いが苦手・完璧主義・粘り強い・頑張り屋・あきっぱい
- ・疑り深い・心配性・気が弱い・規則を守る・他人に関心がない・こだわりが強い・神経質
- ・短気・すぐかっとなる・忘れ物が多い・マイペース・友達があまりいない・穏やか
- ・どちらかというとな不注意・場の空気が読めない・緊張しやすい
- ・他人の気持ちがわからない・おおらか

⑥ これまで精神科・心療内科の治療をうけられましたか？

医療・相談機関	期間
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月

⑦ 現在（過去）治療（中）の病気・ケガ等がありますか？

医療・相談機関	期間
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月

⑧ 血縁のある方で精神科・心療内科の治療を受けられた方はいますか？

なし・あり 続柄： 病名：
 続柄： 病名：

⑨ 現在の健康状態（あてはまるものに○）

睡眠：よい・悪い（寝つきが悪い・夜中に何度も目が覚める・早朝に目が覚める）
 食欲：ある・ない アレルギー：ない・ある（ ）
 喫煙：すう・すわない・やめた 常用薬：ない・ある（ ）
 飲酒：飲まない・飲む →毎日・週に（ ）回・月に（ ）回
 月経：順調・不順（いつ頃から ）・ない・妊娠中
 薬物：シンナー・脱法ドラッグ・麻薬等の使用歴：ない・ある（ ）

⑩最終学歴についてお聞かせください（あてはまるものに○）

（中学・高校・専門・短大・大学）を（卒業・中退学・在学中・休学中）

⑪ 職歴と現在の職業をお聞かせください

⑫ 出身地、家族構成についてお聞かせ下さい

出身地（ 都・道・府・県 市・区・町・村）

氏名	年齢	続柄	関係性	連絡先	同居有無
			良好・疎遠		有・無
			良好・疎遠		有・無
			良好・疎遠		有・無
			良好・疎遠		有・無

※急変時必要となりますので、家族の連絡先は必ずご記入ください。