

問 診 票

記入者：本人・父・母・その他（ ） 平成 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日 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 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・相談機関名	通院期間
	年 月 ~ 年 月
	年 月 ~ 年 月
	年 月 ~ 年 月

⑤ 現在（過去）治療（中）の病気・ケガ等がありますか？

医療機関名	通院期間
	年 月 ~ 年 月
	年 月 ~ 年 月
	年 月 ~ 年 月

※服用中の薬剤名を教えてください

⑥ 睡眠状態を教えてください（あてはまるものに○）

よい・悪い（寝つきが悪い・夜中に何度も目が覚める・早期に目が覚める）

⑦ 食欲について教えてください（あてはまるものに○）

ある・ない

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 現在の健康状態を教えてください（あてはまるものに○）

アレルギー：ない・ある（ ）

喫煙：すう・すわない・やめた

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

※急変時に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。

⑬ 下記医療制度の利用を教えてください。

※自立支援医療制度（精神通院）の利用 有 ・ 無

※精神障害者手帳の所持 有 ・ 無

※障害基礎（厚生）年金の受給 有 ・ 無