

問診票 (心療内科)

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名		性別・年齢	男・女	歳	身長	cm
住所	〒					
電話番号	自宅() 携帯()					

希望に沿った診療を行うためですので、お手数ですが、該当する□に☑をお願いいたします。

来院目的	<input type="checkbox"/> 検査により原因を明らかにしたい <input type="checkbox"/> 症状をやわらげたい <input type="checkbox"/> 転院希望 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン 具体的に ()					
持参書類	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> その他()					
職務状況	<input type="checkbox"/> 勤務(登校)に支障をきたしている: <input type="checkbox"/> 欠勤(欠席) している <input type="checkbox"/> 休職中 年 月~ <input type="checkbox"/> 働いていない					
発症日	症 状					
年 月~						
年 月~						
年 月~						
現在もっている病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
病 名	期 間	通院中の病院名	薬 剤 名	今後の希望		
	年 月(歳)~			<input type="checkbox"/> 併診希望 <input type="checkbox"/> 当院に一本化		
	年 月(歳)~			<input type="checkbox"/> 併診希望 <input type="checkbox"/> 当院に一本化		
	年 月(歳)~			<input type="checkbox"/> 併診希望 <input type="checkbox"/> 当院に一本化		
過去にかかった大きな病気 (心療内科・精神科以外) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
病 名	期 間	病院名	薬 剤 名	状 況		
	年 月(歳)~ 年 月(歳)まで			<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中止		
	年 月(歳)~ 年 月(歳)まで			<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中止		
	年 月(歳)~ 年 月(歳)まで			<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中止		
心療内科・精神科の受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
病 名	期 間	病院名	薬 剤 名	状 況		
	年 月(歳)~ 年 月(歳)まで			<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院		
	年 月(歳)~ 年 月(歳)まで			<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院		
血縁者の心療内科・精神科受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
誰が・病名()						
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(本/日) <input type="checkbox"/> やめた(~ 歳まで)					
飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(日/週)(種類・量) <input type="checkbox"/> やめた(~ 歳まで)					
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(カ月) 授乳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳 カ月) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある					

2枚目もご記入ください

睡眠状況	就寝（ ）時 起床（ ）時 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 寝ついたあと何度も目が覚めてしまう <input type="checkbox"/> 朝早く目が覚めてしまいそのまま眠れないことがある <input type="checkbox"/> 起きた時よく眠れた気がしない <input type="checkbox"/> 昼間に眠気がある
抑うつ	<input type="checkbox"/> 気分が落ち込む <input type="checkbox"/> 集中力がかけてしまっている <input type="checkbox"/> 以前は楽しめていたことが今は楽しめない <input type="checkbox"/> 死にたいと思ってしまう
不安感	<input type="checkbox"/> 具体的な対象のない漠然とした不安感が続いている <input type="checkbox"/> 戸締りや火の元などが気になって何度も確認する <input type="checkbox"/> 人の前に出たり、発表したりするのが苦手な緊張が強い <input type="checkbox"/> 電車・バスなどに乗れない、映画館や外食ができない <input type="checkbox"/> 事故にあった、いじめにあったなどの経験があり、思い出すと感情のコントロールが難しくなる
気分の変動性	<input type="checkbox"/> 気分にもうがあり、カッとなりやすい <input type="checkbox"/> 何かに急かされているような焦りを感じる <input type="checkbox"/> まわりがきちんと動いてくれなくてイライラすることがある <input type="checkbox"/> 羽目をはずしてしまったり、お金の無駄づかいを指摘されている
その他の こころの症状	<input type="checkbox"/> いろいろな考えが頭に浮かんで考えがまとまらない気がする <input type="checkbox"/> 誰かに見られている・聞かれている感じにとらわれている <input type="checkbox"/> 自分の考えを他人に読みとられている気がする <input type="checkbox"/> いないはずの人の声や物音に悩まされている <input type="checkbox"/> 自分には見えているのに周りの人には見えないといつも否定されてしまう <input type="checkbox"/> 掃除や片づけは昔から苦手な方である <input type="checkbox"/> 空気を読むのは苦手な方である <input type="checkbox"/> 長時間待ったり、じっと静かにしていることは苦手な方である <input type="checkbox"/> いったん自分が決めたことを変更されるのは我慢できない
体重	体重の変化 <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 増加 (カ月で kg)
身体症状	<input type="checkbox"/> 痛み： <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> おなか <input type="checkbox"/> 背中・腰 <input type="checkbox"/> ほか() <input type="checkbox"/> 発熱・倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 食欲の低下 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ <input type="checkbox"/> 喉のつかえ感 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> 動機 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき
仕事について	<input type="checkbox"/> 勤務に支障をきたしている <input type="checkbox"/> 欠勤まで <input type="checkbox"/> 休職中 年 月 (歳) ~ <input type="checkbox"/> 退職した 年 月 (歳) <input type="checkbox"/> もともと働いていない 会社名・職業 () 勤続年数 () 年間 職種 <input type="checkbox"/> システム・IT <input type="checkbox"/> 営業・販売 <input type="checkbox"/> 企画・開発 <input type="checkbox"/> 人事 <input type="checkbox"/> ほか() 勤務時間 (: ~ :) 通勤時間(片道 :) 勤務(週 日) <input type="checkbox"/> 忙しい <input type="checkbox"/> 残業が多い(月 時間) <input type="checkbox"/> ノルマがありこなすことが難しい <input type="checkbox"/> 仕事が楽しめない <input type="checkbox"/> 休みたいが、一度休むとそのまになってしまいそうで休めない <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 人間関係に問題を感じている(誰に対して)
家族について	兄弟姉妹 () 出生地 () 同居家族 () 結婚歴 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 介護の問題がある <input type="checkbox"/> 育児の問題がある <input type="checkbox"/> 夫婦関係に問題がある <input type="checkbox"/> 仕事が楽しめない <input type="checkbox"/> 休みたいが、一度休むとそのまになってしまいそうで休めない <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 人間関係に問題を感じている(誰に対して)
頼りになる人	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 職場の上司 <input type="checkbox"/> 同僚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ()
生育歴	<input type="checkbox"/> 特殊学級にいた <input type="checkbox"/> いじめにあったことがある <input type="checkbox"/> 学校にいけなくなってしまうことがある 最終学歴(学校名:) <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在学 <input type="checkbox"/> 中退
来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 他医療機関の紹介 (病院) <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 駅看板広告(新鎌ヶ谷駅 船橋駅) <input type="checkbox"/> 車内広告(北総線 都営浅草線 東武線 新京成線) <input type="checkbox"/> 当院の窓枠看板広告 <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> 院長のテレビ出演 <input type="checkbox"/> その他 ()

ご協力ありがとうございました。