



とみがおかクリニック

問診票

当院では診察をスムーズに行うために、下記の質問にお答え頂いております。
差し支えない範囲で結構ですので、ご回答をお願い致します。
ボールペンでご記入をお願いします。
これらの個人情報は、当院の診療行為に関してのみ使用します。

記入日： 年 月 日

記入者： **ご本人** ・ ご本人以外の方の場合はご記入ください。
氏名： 続柄（ ）

ふりがな
氏名： 生年月日： 年 月 日（ 歳）

住所： 〒 - 自宅電話番号：
携帯電話番号：
※当院から連絡をさせていただく場合があります

どうされましたか？

本日受診した主な理由（症状など）をお書きください。

ご調子が悪くなったのはいつ頃からですか？ 年 月頃から
それは初めてのことですか？ 初めて ・ 以前もあった ・ 以前通院もした
今、そのことで他のところに通院していますか？ はい ・ いいえ ・ 紹介されて来た
どちらの病院ですか？
（ ）
以前、当クリニックに受診されたことはありますか？ ある ・ ない
受診はいつ頃でしたか教えてください 年 月頃から
家族・親戚で同じような状況の方、精神科に通院している方はいますか？ はい ・ いいえ
「はい」の方は詳しく教えてください
（ ）

つぎに、あなたについて診療上必要ないろいろなことを教えてください

同居のご家族は？ 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹
夫 ・ 妻 ・ 息子 ・ 娘 ・ 友人 ・ 他（ ） ・ なし
ご結婚は？ している ・ していない ・ 死別した ・ 離別した
最終学歴に○をつけてください 小 ・ 中1 2 3 ・ 高1 2 3 ・ 大1 2 3 4 ・ 院1 2 3 4 5
専門学校 ・ 短大、専大 ・ 大学、専学等
現在治療中、または以前治療していた病気はありますか？ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 緑内障 ・ 心臓疾患 ・ 前立腺疾患
肝疾患 ・ てんかん ・ なし ・ その他（ ）
現在、服用している薬はありますか？ ある ・ ない
以前、薬・注射などで具合が悪くなったこと（熱感・かゆみ・じんま疹・動機・息苦しさ）がありますか？ ある ・ ない
「ある」の方はどのような薬・注射でしたか？
（ ）
身長と体重を教えてください 身長 cm 体重 kg

よく分からないことがあれば、診察時に医師に申し出てください

裏面もご記入ください

最近 2 週間くらいの状況ではまるところに○をつけてください

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 1. いつもゆううつだ・気が沈む | わからない ・ いいえ ・ まあまあ ・ はい |
| 2. どんなことにも興味がわかない・楽しめない | わからない ・ いいえ ・ まあまあ ・ はい |
| 3. いつもなぜか怒りっぽく・イライラする | わからない ・ いいえ ・ まあまあ ・ はい ・ 昔あった |
| 4. いつも気分爽快で・楽しくて仕方がない | わからない ・ いいえ ・ まあまあ ・ はい ・ 昔あった |
| 5. 突然、すごい不安・息苦しさ・動悸を感じる | わからない ・ いいえ ・ まあまあ ・ はい |
| 6. 人ごみに出かけるのが不安で避けてしまう | わからない ・ いいえ ・ まあまあ ・ はい |
| 7. 人から見られたり、注目を浴びることに恐怖や戸惑いを感じる | わからない ・ いいえ ・ まあまあ ・ はい |
| 8. いつも漠然と不安を感じる | わからない ・ いいえ ・ まあまあ ・ はい |
| 9. 自分が自分でないような感じがする | わからない ・ いいえ ・ まあまあ ・ はい |
| 10. 他の人には聞こえないような音や声が聞こえる | わからない ・ いいえ ・ まあまあ ・ はい |
| 11. 誰かにつけ回されたり、罨にはめられたり、噂されていると感じる | わからない ・ いいえ ・ まあまあ ・ はい |
| 12. ばかばかしいくだらない考えがぐるぐる巡って頭から離れない | わからない ・ いいえ ・ まあまあ ・ はい |
| 13. 手洗いなど、何かを何度も何度も繰り返して行い、やめられない | わからない ・ いいえ ・ まあまあ ・ はい |
| 14. 日付を忘れたり、今やったばかりのことを忘れてしまう | わからない ・ いいえ ・ まあまあ ・ はい |
| 15. 夜はぐっすりと眠れますか？ | はい ・ 寝つきが悪いです ・ 夜中に何度も目がさめます
えらく早く目覚めます ・ 一睡もしていません ・ 寝すぎです ・ 寝てばかりです |
| 16. 食事は食べていますか？ | はい ・ 食欲がない ・ 食べられない ・ 食べすぎ ・ ムラがある |
| 17. 酒類はよく飲みますか？ | ほぼ毎日 ・ 週の半分以上 ・ たまに ・ まったくない |
| 18. タバコは吸いますか？ | 1日()本 ・ たまに ・ まったくない |
| 19. 便通はいかがですか？ | 順調です ・ 便秘です ・ 下痢気味です |
| 20. 普段のあなたの生活と比べて？ | 変わらない ・ 能率が落ちた ・ 全くできない |
| 21. 家で療養（対応）できそうですか？ | わからない ・ いいえ ・ おそらく ・ はい |

当院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人よりの勧め
 他医療機関よりの紹介
 保健所などの行政機関からの情報
 インターネット
 その他 ()

他に、特にご相談したいことがあればお書きください

ご協力ありがとうございました