向陽台病院　問診票（成人用 18 歳以上）

記入日　　年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日	T・S・H　　年　　月　　日
名前		男・女		（　　歳）
現住所	〒　　ー		連絡先	－　　－
記入者名前	（続柄:　　）			
病院記入欄	ID:	初診日:	担当者:	

わかる範囲で結構です。ご記入ください。

1.どのようなことがお困りで受診されましたか？
（いつ頃からどのようなことがあったのか、簡単にお書き下さい。）

（　　）

2.現在どのような症状がありますか？（複数チェック可）

☐睡眠について
（寝付けない ・ 途中で目が覚める ・ 朝早く目が覚める ・ 眠りが浅い ・ 眠りすぎる）
☐食欲について
（食欲がない ・ 食欲がありすぎる） ⇒ 体重の増減 （ ある ・ ない ）
☐身体的な不調（頭痛 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ めまい ・ 吐き気 ・ 動悸 ・ 息苦しさ）
☐倦怠感　☐気分が落ち込む　☐不安になる　☐涙が出る　☐死にたい気持ちになる
☐幻聴　☐幻覚　☐周りから嫌がらせを受けているように感じる
☐考えがまとまらない　☐集中力がなくなった　☐イライラする　☐気持ちが焦る
☐拒食　☐過食　☐アルコールがやめられない　☐ゲームが手放せない　☐引きこもり
☐物忘れが目立つ
その他（　　）

3. 症状はいつ頃からありましたか？

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　（または＿＿＿歳から）（ ＿＿＿週・ヶ月前から）

4. これまでに、心療内科や精神科などを受診されたことはありますか？

□あり　　□なし

	医療機関名	疾患名	治療期間	治療状況
①			年　月　～　　年　月	□外来　□入院
②			年　月　～　　年　月	□外来　□入院
③			年　月　～　　年　月	□外来　□入院

※内服中の薬はありますか。

（薬の名前:　　）

※お薬手帳や薬の情報をお持ちでしたらお知らせください。

5. 身体の病気・アレルギーについて

①これまでに治療された身体の病気はありますか？

□あり　　□なし

医療機関名	疾患名	時期または年齢	治療状況
		年　月　（　歳）	□治療中　□治癒　□中断
		年　月　（　歳）	□治療中　□治癒　□中断
		年　月　（　歳）	□治療中　□治癒　□中断

※内服中の薬があれば

（薬の名前:　　）

②アレルギーはありますか？

□なし　　□あり（　　）

※内服中の薬があれば

（薬の名前:　　）

6. 家族構成について

名前	続柄	年齢	職業・学校名	同居者
		歳		同居 ・ 別居
		歳		同居 ・ 別居
		歳		同居 ・ 別居
		歳		同居 ・ 別居
		歳		同居 ・ 別居
		歳		同居 ・ 別居

※ご家族、親戚の中で心療内科・精神科にかかられた方はいらっしゃいますか？

□いない　□いる（続柄:　　病名:　　）

7. 教育歴・職業歴について

①最終学校名 （　　⇒ □在学中 □卒業 □中退）

②現在の仕事 （会社名：　　職種：　　）

⇒主な職歴（　　）

8. 飲酒やタバコなどについて

①飲酒　□ほとんど飲まない □機会があれば飲む □毎日飲む（1日あたり＿＿＿＿を＿＿＿＿ml くらい）

②喫煙　□吸わない　　□吸う（1 日あたり＿＿＿＿本くらい）

③シンナー・覚せい剤・大麻・LSD・MDMA などの使用歴　□なし　□あり

9. 利用中の制度等について

①利用中の制度があればチェックしてください。

□療育手帳（　　）　□精神障害者保健福祉手帳（　　級）　□身体障害者手帳（　　級）

□自立支援医療　　□障害年金（　　級）

その他（　　）

②関わりのある機関があればチェックしてください。

□学校　□保健師　□相談支援事業所　□介護施設関係

その他（　　）

10. 当院をどこでお知りになりましたか？

□他医療機関（医療機関名：　　）□看板　□インターネット　□電話帳

□家族　□知人・友人　□パンフレット　□新聞　□学校　□行政

その他（　　）

以上です。ありがとうございました。当日、受付までお持ちください。