

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	西暦	年	月	日
氏名		男・女		(歳)			
現住所	〒 -						
連絡先	-						
記入者名	(続柄:)						

わかる範囲でご記入ください

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)
- 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 薬物がやめられない 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

※内服中の薬はありますか

医療機関名	疾患名	治療期間	治療状況
		年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
		年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
		年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院

(薬の名前:)

※お薬手帳や薬の情報をお持ちでしたらスタッフにお知らせください

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	時期又は年齢	治療状況
		年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中断
		年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中断
		年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 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

食物 なし あり ()

薬物 なし あり ()

内服中の薬があれば (薬の名前:)

③身体・栄養について

身長	cm	体重	kg	下腿周囲長 (ふくらはぎの一番高い所)	cm
----	----	----	----	---------------------	----

* 下腿周囲長の測定用メジャーは、外来処置室に準備してあるものをご利用ください

①現在、食欲はありますか

ある ない ありすぎる

②過去 3ヶ月間に食欲不振、消化器系の症状、噛みにくい、飲み込みにくいなどの理由で食事量の減少はありましたか

なし ある

③過去 3ヶ月間で体重の増減はありましたか

なし 体重が減った 体重が増えた わからない

④③で“体重が減った”を選んだ方にお尋ねします。どのぐらいの体重減少がありましたか

1~2 kg 3~4 kg 5 kg以上 10 kg以上

裏に続きます

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 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（ ）

質問は以上です。ありがとうございました。問診票は受付までお持ちください。