

# 問 診 票

		記入日(西暦)	年 月 日			
氏 名			性 別 男 ・ 女 ・ その他			
生年月日(西暦)	年 月 日	年 齢	歳			
受診目的						
ご相談内容	外来受診希望 ・ 入院希望 ・ 診断書希望 ・ その他 ( )					
症 状	不眠 ・ 抑うつ ・ 不安 ・ いらいら ・ 考えがまとまらない ・ 生きていたくない 自分の体を傷つける ・ 監視されている ・ 変な声(音)が聞こえる ・ 感情が不安定 お酒が止められない・もの忘れが激しい・悪夢をみる・その他 ( )					
発症の原因 時期・経過						
心療内科 精神科受診歴	無 ・ 有 医療機関名( ) 診断名 ( )					
家族の心療内科 ・精神科受診歴	無 ・ 有 医療機関名( ) 診断名 ( )					
一般科定期受診	糖尿病 ・ 高血圧 ・ 甲状腺 ・ 心疾患 ・ 脳疾患 ・ 肝臓 高脂質症 ・ 緑内障 ・ 他 ( ) 医療機関名 ( ) 内服薬 ( )					
日常生活状況	歩行	自立・一部介助・車椅子	食事	自立・一部介助・全介助	排泄	自立・一部介助・全介助
	着替え	自立・一部介助・全介助	お風呂	自立・一部介助・全介助		
現在の食生活	朝	毎日食べる ・ ほぼ毎日食べる ・ 時々食べる ・ 食べない				
	昼	毎日食べる ・ ほぼ毎日食べる ・ 時々食べる ・ 食べない				
	晩	毎日食べる ・ ほぼ毎日食べる ・ 時々食べる ・ 食べない				
薬や食べ物の アレルギー	無 ・ 有 ( )					
飲酒	飲まない ・ 時々飲む ・ ほぼ毎日飲む (酒量: を 程度)					
喫煙	吸った事ない ・ 禁煙 ・ 喫煙 (本数: 1日 本、喫煙年数 年)					
睡眠	普通 ・ 問題あり (入眠困難・途中覚醒・早朝覚醒・過眠・浅眠・昼夜逆転) 睡眠時間 時間 就寝 ( 時 分) ~ 起床 ( 時 分)					

自立支援医療	無 ・ 有	精神障害者 保健福祉手帳	無 ・ 有 ( 1・2・3 級)	療育手帳	無 ・ 有 (A1・A2・B1・B2)
障害者年金	無 ・ 有 (1・2・3級)	身体障害者手帳	無 ・ 有 ( 1・2・3・4・5・6 級)	生活保護	無 ・ 有
経済状況	上・中・下	借金	無 ・ 有	利き手	右 ・ 左
介護保険	無 ・ 有 (要支援1・2 要介護 1・2・3・4・5)			障害サービス	無 ・ 有 (1・2・3・4・5・6)
ケアマネジャー	事業所 ( ) 担当 ( )				
相談支援事業所	事業所 ( ) 担当 ( )				
サービス利用	無 ・ 有 (デイサービス・デイケア・訪問看護・訪問介護・就労支援事業所・その他 ( ))				

薬剤使用について

市販薬の使用	無 ・ 有 ( )
違法薬物の使用歴	無 ・ 有 ( )

職歴

仕事	無職 ・ パート ・ 常勤	仕事の頻度	週に 月に 回
仕事内容		勤続年数	年 ヶ月
これまでの職歴: (アルバイト含む)			

成育歴

出生地	都・道 府・県	兄弟姉妹	人中 番目 続柄 ( )
出産時状況	普通分娩 ・ 帝王切開	元来の性格	
検査で発達の 遅れ指摘	有 ・ 無	サーダカ	有 ・ 無
最終学歴	学校名 ( ) 中学・高校・専門・大学 (卒業・中退・在学中)		
就学時状況	いじめ・不登校	無 ・ 有	
	小学校の言葉の遅れ	無 ・ 有	
	小学校入学前の発達の遅れ	無 ・ 有	
	友人の数 (少ない ・ 普通 ・ 多い)		

結婚・家族について

結婚歴	無 ・ 有 ( 歳の頃)	離婚歴	無 ・ 有 ( 歳の頃)		
配偶者・パートナー	婚姻 ・ 内縁	配偶者・パートナーの職業			
同居人	無 ・ 有 ( )				
お子様	性別	続柄	年齢	職業または学校名と学年	その他 (精神科受診歴など)
	男・女		歳		
	男・女		歳		
	男・女		歳		
	男・女		歳		
	男・女		歳		

診察の前に医師に伝えたい事はありますか？

ありがとうございました。