

問 診 票

氏名：_____

当院では診療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。差支えない範囲で結構ですのでご回答をお願いいたします。なお、これらの個人情報 は当院の診療行為に関してのみ使用致します。

1. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

インターネット 当院のホームページ 家族 知人 その他()

2. 当院受診の理由についてお伺いします。

外来通院希望 心理検査 デイケア希望 その他()

3. 現在ある症状について、当てはまるものにチェックしてください。

不安 緊張 苛々 疲れやすさ 気分の落ち込み 気力の低下 集中困難 気分の高揚
不眠 便秘 下痢 頭痛 腹痛 拒食 過食 嘔吐 不登校 ひきこもり 入社困難
昼夜逆転 家庭内暴力 パニック 動悸 しびれ けいれん めまい 吐気 物忘れ
自傷行為 大量服薬 死にたい気持ち 自殺未遂 人前での緊張
対人恐怖（自分の臭いが気になる・視線が怖い・他人にどう思われているかが過剰に気になる・
強迫症状（頻回の手洗い・何度も確認をする等）独り言 独り笑い 幻覚 考えがまとまらない
被害妄想（危害を加えられている・狙われている・監視されている）
浪費 ギャンブル アルコール依存 薬物依存 その他()

4. これらの症状は、いつからどのように生じましたか？思い当るきっかけはありますか？

また、ご相談になられたい事をご記入下さい。

5. これまでの生活や家族についてお伺いします。

① 出生地はどこですか？.....都・道・府・県.....

② 小さい頃の様子をご記入下さい。

言葉の遅れ 迷子になりやすい 人見知りをしない 人見知りが強い
1人遊びが多い 集団になじめない こだわりが強い 養育を受けた

③ 学歴についてご記入下さい。

高校 在学中(年生)・卒業・中退(年時) 学校名:.....

全日制 夜間定時制 中間定時制 単位制 通信制 その他)

大学・専門学校 在学中(年生)・卒業・中退(年時) 学校名:...../.....学部

◇次のページに続きます

④ 職歴（短期アルバイト等も含む）を順にご記入下さい。

- ・ 年 月(歳)～ 年 月 職業： (正社員・アルバイト・その他) 現職中
- ・ 年 月(歳)～ 年 月 職業： (正社員・アルバイト・その他) 現職中
- ・ 年 月(歳)～ 年 月 職業： (正社員・アルバイト・その他) 現職中

⑤ 家族構成(親・きょうだい・配偶者・子ども・祖父母等)をご記入下さい。

結婚歴はありますか？ なし あり(回) ⇒現在 婚姻中 離婚 死別

父	歳	同居・別居・死別	職業：	病名等：
母	歳	同居・別居・死別	職業：	
	歳	同居・別居・死別	職業：	
	歳	同居・別居・死別	職業：	
	歳	同居・別居・死別	職業：	
	歳	同居・別居・死別	職業：	

⑥ 血縁のご家族、ご親族に精神科・心療内科にかかったことのある方がいる場合はご記入ください。

ご関係： /病名： /入院経験： あり・なし

⑦ 心療内科・精神科にかかったことがありますか？ なし あり(軒)

- ・ 年 月(歳)～ 年 月/医療機関： /診断名：)
- ・ 年 月(歳)～ 年 月/医療機関： /診断名：)
- 現在通院中→ 年 月～ 医療機関： /診断名：)

⑧ 現在服用されているお薬がありますか？ (お薬手帳をお持ちの方は受付へご提示お願いします)

薬の名前

⑨ 薬や食べ物でアレルギー反応や副作用が出たことがありましたらご記入下さい。

食べ物 () くすり ()

⑩ これまでにかかられた病気や大きなケガ、事故について教えてください。

- 糖尿病 (内服：あり なし) 高血圧 心臓疾患 肝臓疾患 緑内障 脳に関する病気
- 大きなケガ、事故 () その他 ()

⑪ 嗜好品についてご記入下さい。

- タバコ 吸わない 吸う(本/日 歳から)
- アルコール ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む(1日 を くらい)
- 覚せい剤 使用したことはない 使用したことがある(歳頃)

⑫ 女性の方にお伺いします。 現在妊娠されていますか？ はい いいえ わからない

最終月経はいつですか？ 年 月 日頃

◇次のページに続きます

出来事チェックリスト

下記のリストは強いストレスを伴うことがある出来事を並べたものです。あなた自身がこれまでに直接体験したことがある出来事があれば、その番号に○をつけてください。
どの出来事もなければ、一番下の「無」の欄に○をつけてください。

番号	出来事
1	自然災害（洪水、台風、津波、噴火、土砂崩れなど）
2	火事や爆発事故
3	交通事故（自動車、船舶、電車、飛行機などによる事故）
4	有機物質にさらされた（毒物、危険な化学物質、放射能などによる被害）
5	その他、仕事や家庭の中、あるいは余暇活動中に起きた深刻な事故
6	殴る、蹴るなどのひどい暴行
7	刃物や銃などの凶器を用いた暴行
8	監禁（誘拐、人質、捕虜など）
9	カズクや暴力の脅しによる性的暴行
10	その他、意に反した、きわめて不快な性的体験
11	子供の頃の身体的虐待
12	戦争体験（従軍した、空襲にあった、など）
13	殺人、自殺、災害、事故などで人が死亡した、ひどい怪我をした現場を目撃した
14	家族や身近な知人が、上記1番から13番の各項目のような出来事に巻き込まれたことを知り、強い衝撃を受けた
15	その他、ほとんどの人が体験しないような、ひどくショッキングな出来事があった
無	上記のようないずれの出来事も体験していない

()	←これまでで、もっとも強いストレスとなった出来事の番号を記入してください
()	← 一番最近の出来事の番号を記入してください

◇次のページに続きます

① の質問があなたに当てはまりましたら「はい」に○を、
当てはまらなければ「いいえ」に○をつけてください。

これまでの人生で、気分が高揚し、ハイテンションで
怒りっぽく、普段の調子（100%）を超えた時期が数日以上
続いたことはありますか？

はい

いいえ



① で「はい」に○をつけた方は以下の質問にお答えください。
当てはまる項目にチェックしてください。

②その時、いつもより自信がありましたか？

③その時、あまり寝ていなくても平気でしたか？

④その時、いつもよりしゃべりましたか？

⑤その時、いろいろな考えが次々に思いつきましたか？

⑥その時、次々に関心や興味が移りましたか？

⑦その時、活発・精神的に活動できましたか？

⑧その時、買い物・賭け事・投資・異性との交際などが多くなりましたか？

◇次のページに続きます

調査票

次の質問の各項目について、あてはまるところに○印をおつけください。

質問	いいえ	時々	よく	常に
身体がだるく疲れやすいですか				
騒音が気になりますか				
気が沈んだり気が重くなったりしますか				
音楽をきいて楽しいですか				
朝のうち特に無気力ですか				
議論に熱中できますか				
首筋や肩がこって仕方がないですか				
頭痛持ちですか				
眠れないで、朝早く目が覚めがちですか				
事故やケガをしやすいですか				
食事が進まず、味がないですか				
テレビを見て楽しいですか				
息が詰まって胸が苦しくなりませんか				
のどの奥に物がつかえる感じがしますか				
自分の人生がつまらなく感じますか				
何をするのも億劫になりませんか				
以前にも現在と似た症状がありましたか				
本来は仕事熱心で几帳面ですか				

記入がすべて終わりましたら、受付にご提示をお願いします。

問診票の結果だけで診断することはありません。

問診票はあくまで補助的なもので、この結果だけで診断されるわけではありません。

最終的な診断は、医師の診察結果と合わせて決定されます。

過去に気になる気分の変化などが少しでもあれば、医師に相談してみましよう。