

# 医療法人回精会 精神科外来問診票

ご記入日： 令和 年 月 日

ご記入者様： \_\_\_\_\_

ご本人様： \_\_\_\_\_

ご本人様とのご関係： \_\_\_\_\_

## お困りの症状について、当てはまるものに☑をお付け下さい。

- |  |                                     |                                    |                                 |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 眠れない                | <input type="checkbox"/> 眠り過ぎる      | <input type="checkbox"/> 食欲がない     | <input type="checkbox"/> 不安になる  |
| <input type="checkbox"/> 死にたい                | <input type="checkbox"/> 意欲が無い      | <input type="checkbox"/> 体がだるい     | <input type="checkbox"/> イライラする |
| <input type="checkbox"/> 興奮しやすい              | <input type="checkbox"/> 物忘れが多い     | <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない |                                 |
| <input type="checkbox"/> 正体不明の声や音が聞こえる       | <input type="checkbox"/> 会社や学校に行けない |                                    |                                 |
| <input type="checkbox"/> アルコール・ギャンブル等がやめられない |                                     |                                    |                                 |

●その他、相談したい内容、お困りの症状がございましたら、具体的にご記入下さい。

_____ _____ _____
-------------------------

## 上記の症状について、空欄にご記入下さい。

●上記の症状はいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ 年 月頃 あるいは \_\_\_\_\_ 歳頃

●きっかけとなった出来事や状況、ストレスがあればご記入下さい。

_____ _____ _____
-------------------------

## これまでの健康状態について、空欄に記入し、当てはまるものに☑をお付け下さい。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 難産で生まれた       | <input type="checkbox"/> 未熟児で生まれた         |
| <input type="checkbox"/> 産後、しばらく泣かなかった | <input type="checkbox"/> ひきつけ・けいれんを起こした   |
| <input type="checkbox"/> 頭を強く打った       | <input type="checkbox"/> 気を失った            |
| <input type="checkbox"/> 血圧が高い         | <input type="checkbox"/> 血圧が低い            |
| <input type="checkbox"/> 心臓病（ 歳～）      | <input type="checkbox"/> 糖尿病（ 歳～）         |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血（ 歳～）  | <input type="checkbox"/> 肝炎               |
| <input type="checkbox"/> 感染症           | <input type="checkbox"/> アレルギー（種類： _____） |
| <input type="checkbox"/> 喘息            | <input type="checkbox"/> その他（ _____）      |

これまでの医療機関の受診歴について、分かる範囲でご記入下さい。

通院・入院	時期	疾患名・症状など	医療機関名（診療科）
<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	年 月頃 ～ 年 月頃		( )
<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	年 月頃 ～ 年 月頃		( )
<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	年 月頃 ～ 年 月頃		( )
<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	年 月頃 ～ 年 月頃		( )
<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	年 月頃 ～ 年 月頃		( )

これまでの手術歴について、分かる範囲でご記入下さい。

手術日	疾患名	手術名・処置など	医療機関名（診療科）
年 月 日			( )
年 月 日			( )
年 月 日			( )

服薬状況について、空欄に記入し、当てはまるものに☑をお付け下さい。

現在、服用中の薬について	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（薬剤名：                      ） ※あるとお答えの方 <input type="checkbox"/> 服薬拒否はない <input type="checkbox"/> 服薬拒否がある
--------------	--

これまでの生活について、空欄に記入し、当てはまるものに☑をお付け下さい。

睡眠	起床時間（        :        ）                      就寝時間（        :        ） <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める <input type="checkbox"/> 朝起きられない <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 寝すぎる <input type="checkbox"/> 睡眠薬服用中（薬品名：                      いつから：        ）
体重	現在の身長：                      cm                      現在の体重：                      kg <input type="checkbox"/> 食べ過ぎる <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 食欲にムラがある <input type="checkbox"/> 大きな体重変動がある（        年        月頃から        kg    減・増        ）
アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> たまに飲む <input type="checkbox"/> よく飲む（        /日 ×        年間 ）
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（        本・箱/日 ×        年間 ）
信仰している宗教	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> ある（宗教名：                      ）
乱用薬物使用歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（薬物名：                      いつ頃：        ）
生まれ育った所	<input type="checkbox"/> 現在と同市内 <input type="checkbox"/> 他（        都道府県        市区郡        ）
現在の住居状況	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 施設（施設名：                      ）

学歴	最終学歴（学校名・学科・学部： _____）		
	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 休学中 成績：小・中学校（ <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下）    高校（ <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下）		
職歴	いつ頃	会社名・仕事内容等	雇用形態
	歳～ 歳頃		<input type="checkbox"/> 正規雇用 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 他
	歳～ 歳頃		<input type="checkbox"/> 正規雇用 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 他
	歳～ 歳頃		<input type="checkbox"/> 正規雇用 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 他
	歳～ 歳頃		<input type="checkbox"/> 正規雇用 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 他
	歳～ 歳頃		<input type="checkbox"/> 正規雇用 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 他

●現在、日常的に運転や危険を伴う作業に従事されていますか？    いいえ    はい

**家族構成について、空欄に記入し、当てはまるものに☑をお付け下さい。**

兄弟姉妹	本人含め（    ）人中、（    ）番目
婚姻歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（    歳頃）
離婚歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（    歳頃）（    歳頃）（    歳頃）
再婚歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（    歳頃）（    歳頃）（    歳頃）

●両親、兄弟姉妹、配偶者、子供、その他同居されている方をご記入下さい。

続柄	氏名	生年月日（年齢）	同居	ご住所	ご職業
		年 月 日（    ）	同・別	市	
		年 月 日（    ）	同・別	市	
		年 月 日（    ）	同・別	市	
		年 月 日（    ）	同・別	市	
		年 月 日（    ）	同・別	市	
		年 月 日（    ）	同・別	市	

**ご家族様の病歴について、下記より該当する番号を選び、ご記入下さい。（複数回答可）**

続柄	番号	発症	続柄	番号	発症
		年 月頃			年 月頃
		年 月頃			年 月頃

- |      |       |      |     |          |
|------|-------|------|-----|----------|
| ①精神病 | ②神経疾患 | ③脳卒中 | ④癌  | ⑤高血圧     |
| ⑥結核  | ⑦糖尿病  | ⑧喘息  | ⑨性病 | ⑩アレルギー疾患 |

裏面へ続きます→

社会保障制度等のご利用について、空欄に記入し、当てはまるものに☑をお付け下さい。

要介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり（区分：要支援    要介護    ）
障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり（区分：    ）
自立支援医療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり
障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （種類： <input type="checkbox"/> 精神    級 <input type="checkbox"/> 知的    判定 <input type="checkbox"/> 身体    級）
年金	<input type="checkbox"/> 老齢（ <input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 厚生） <input type="checkbox"/> 遺族（ <input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 厚生） <input type="checkbox"/> 障害（ <input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 厚生）
在宅サービス等	<input type="checkbox"/> 訪問診療・往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> その他（    ）

当院で治療するにあたり、お聞きになりたい事や、ご要望等ございましたら、ご記入下さい。

.....

.....

.....

問診は以上です。記入漏れのないよう確認をお願い致します。  
ご記入が終わりましたら、受付までご提出をお願い致します。