メンタルヘルス科問診票

受診日　：

氏名　：　　生年月日　：

性別　：　　年齢　：　　ご職業　：

記入者　：□ 本人 □ その他（　　）　付添者　：

1）今、一番お困りのこと は、どんなことですか？ それは、いつ頃から ですか？ご記入下さい。	

2）下記の症状のうち、あてはまる症状がありますか？

□ 緊張しやすい □ 不安が強い □ こだわりが強い□ 胸がドキドキする □ 外出したくない □ 疲れやすい

□ 肩がこる　□ やる気が出ない　□ ゆううつ □ ものごとを楽しめない　□ 頭の回転が遅い

□ みんなに迷惑をかけている感じ □ 生きているのが嫌になる

□ じっとしてられない　□ 人に見られている感じ □ うわさされている感じ　□ 体が勝手に動く

□ 姿が見えないのに声が聞こえる □ 考えがまとまらない □　暴れてしまう　□ 怒りっぽい

□ ものが覚えられない□　ケアレスミスが多い

3）そのことで、他の病院・クリニックなどにいかれましたか？

□ ない

□ ある　いつ頃（　　）　医療機関名（　　）

4）お体の病気はありますか？

□ ない

□ ある　病名（　　）　いつから（　　）

病名（　　）　いつから（　　）

飲んでいるお薬が　□ ある　□ ない

□ その他あれば（　　）

5）薬や食物でアレルギー反応を起こしたことがありますか？

□ ない

□ ある　いつ頃（　　）　薬・食べ物（　　）

6）最近の体調についてお教えください。

・睡眠　（ 良好　・　不足　・　寝過ぎる　／ 睡眠時間（　　）時間

・食欲　（ ありすぎる　・　普通　・　ない　）　・便通　（ 便秘　・　普通　・　下痢　／　　日に　　回　）

・月経　（ 順調　・　不規則　・　なし　）

7)嗜好品についてお聞きします。

お酒は（ 飲まない　・　飲む　／ 週に　　回　）、お酒の種類：（　　）を（量:　　）ぐらい

たばこは（ 吸わない　・　吸う　・　吸っていた ／ 1日　　本　　年間　）

8）女性の方のみご記入下さい。

・ 現在、妊娠していますか？　□ はい（　　ヶ月）□ いいえ

・ 現在、授乳中ですか？　□ はい　□ いいえ

・ 現在、生理中ですか？　□ はい　□ いいえ

9）宗教上の理由により輸血を拒否されますか？

□ はい　□ いいえ

10）この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？　□ はい　□ いいえ

11）マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　□ はい　□ いいえ

〇当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ID　：

問診入力者　：