

# 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？ <input type="checkbox"/> 緊張しやすい <input type="checkbox"/> 不安が強い <input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> 胸がドキドキする <input type="checkbox"/> 外出したくない <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 肩がこる <input type="checkbox"/> やる気が出ない <input type="checkbox"/> ゆうつ <input type="checkbox"/> ものごとを楽しめない <input type="checkbox"/> 頭の回転が遅い <input type="checkbox"/> みんなに迷惑をかけている感じ <input type="checkbox"/> 生きているのが嫌になる <input type="checkbox"/> じっとしてられない <input type="checkbox"/> 人に見られている感じ <input type="checkbox"/> うわさされている感じ <input type="checkbox"/> 体が勝手に動く <input type="checkbox"/> 姿が見えないのに声が聞こえる <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない <input type="checkbox"/> 暴れてしまう <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> ものが覚えられない <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある いつ頃 ( _____ ) 医療機関名 ( _____ )	
4) お体の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名 ( _____ ) いつから ( _____ ) 病名 ( _____ ) いつから ( _____ ) 飲んでいるお薬が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある いつ頃 ( _____ ) 薬・食べ物 ( _____ )	
6) 最近の体調についてお教えてください。 ・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 ) ・便秘 ( 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？ <input type="checkbox"/> はい ( _____ ヶ月 ) <input type="checkbox"/> いいえ ・現在、生理中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
9) 2週間以内に海外への渡航歴がありますか？ <input type="checkbox"/> はい ( 国名 : _____ 帰国日 : _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ または、上記の方との接触がありますか？ <input type="checkbox"/> はい ( 国名 : _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ	

ID : \_\_\_\_\_

問診入力者 : \_\_\_\_\_