

## 【 弘前あすなろメンタルクリニック 事前初診問診票 】

当院の問診表は、状況をしっかり把握して診療に役立てるため、一般的なものよりも質問が多くなっております。記入が難しいと感じられたり、よくわからない項目は空欄のまま結構です。

また、診察の当日にお聞きになりたいことやご希望、質問への補足などございましたら、第20項（最終項）に自由にご記入下さい。

初診予約日時：            年            月            日

フリガナ

お名前

生年月日 大・昭・平            年            月            日

住 所

### 1. 今回の受診はどなたの意向によるものですか？

自分から      家族のすすめ                      知人・友人のすすめ

### 2. この問診表を記入しているのはどなたですか？

本人            家族（                      ）      その他（                      ）

### 3. 現在困っている症状、状況はどのようなものですか？（受診を希望した理由など）

### 4. それはいつ頃からですか？

（                      ）年（                      ）月頃から、もしくは（                      ）歳頃から

### 5. その後、現在までの症状・状況の変化はどうでしたか？

例：「自覚してから徐々に悪化している」

「～年ごろに〇〇クリニックに通い一旦改善したが～年ごろからまた悪化した」

### 6. 症状、状況が出現したり、悪化したきっかけとなるストレス、出来事があれば記入してください。

7. 現在ある症状について、当てはまる物にチェックして下さい。

- |  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> よく眠れない                  | <input type="checkbox"/> 眠りすぎる     | <input type="checkbox"/> 疲れやすい          |
| <input type="checkbox"/> 意欲が出ない                  | <input type="checkbox"/> おっくう      | <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む        |
| <input type="checkbox"/> 不安                      | <input type="checkbox"/> 胸がどきどきする  | <input type="checkbox"/> 息苦しくなることがある    |
| <input type="checkbox"/> 変に汗をかく                  | <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない | <input type="checkbox"/> 集中力がない         |
| <input type="checkbox"/> 世の中のことや家族のことなどに興味がなくなった |                                    | <input type="checkbox"/> よく涙が出てしまう      |
| <input type="checkbox"/> 好きなことをしても楽しくない          |                                    | <input type="checkbox"/> 死にたい気持ち        |
| <input type="checkbox"/> テレビを見ても内容が頭に入らない        |                                    | <input type="checkbox"/> 自傷行為（リストカットなど） |
| <input type="checkbox"/> イライラ                    | <input type="checkbox"/> 気持ちが焦りやすい | <input type="checkbox"/> 怒りやすい          |
| <input type="checkbox"/> 人に対して怒鳴ってしまう            |                                    | <input type="checkbox"/> 暴力してしまう        |
| <input type="checkbox"/> 周りの人が自分の悪口を言っている        |                                    | <input type="checkbox"/> 見張られている        |
| <input type="checkbox"/> いつも嫌がらせされている            |                                    | <input type="checkbox"/> 音に敏感           |
| <input type="checkbox"/> 光に敏感でまぶしい               | <input type="checkbox"/> 食欲の低下     | <input type="checkbox"/> 食欲の亢進          |
| <input type="checkbox"/> 過食                      | <input type="checkbox"/> アルコール依存傾向 | <input type="checkbox"/> 自ら吐くことがある      |
| <input type="checkbox"/> 頭痛                      | <input type="checkbox"/> 吐き気       | <input type="checkbox"/> めまい            |
| <input type="checkbox"/> 肩こり                     | <input type="checkbox"/> 下痢        | <input type="checkbox"/> 便秘             |
| <input type="checkbox"/> むくみやすい                  | <input type="checkbox"/> 冷え性       | <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい       |
| <input type="checkbox"/> 月経前に体調、気分が悪化する          |                                    |   |

8. 睡眠についてお伺いします。

① 眠れていますか？

- 普通  
眠れない（複数可：寝つきが悪い 途中で目が覚めて浅い 早く目が覚める）  
眠りすぎる

② 平均的な睡眠時間のパターンを教えてください。

布団に入る（ ）時、眠りにつく（ ）時、  
完全に目が覚める（ ）時、布団を出る（ ）時、  
途中で目が覚める場合、その回数（ ）回  
その後すぐにまた眠れますか？ はい いいえ

9. 食事についてお伺いします。

① 食欲

- 普通 落ちているが食事は取れている 食事量が減っている 食欲がありすぎる

② 体重

変わらない 減っている (3 ヶ月で- kg) 増えている (3 ヶ月で+ kg)

**10. これまでにかかれた心療内科、精神科があれば教えて下さい。**

( )年( )月～( )年( )月 医療機関( ) 入院 外来  
( )年( )月～( )年( )月 医療機関( ) 入院 外来  
( )年( )月～( )年( )月 医療機関( ) 入院 外来

**11. これまでに精神科・心療内科の薬を服用 これまでに精神科・心療内科の薬を服用したことがありますか？**

ある ない

ある場合、わかる範囲でお答え下さい。

効果があった薬 ( )

効果がなかった薬 ( )

副作用が出て合わなかった薬 ( )

その他 ( )

**12. 血縁のご家族、ご親族に精神科、心療内科の病気のある方はいますか？**

ご関係 ( ) 病名・状態など ( )

ご関係 ( ) 病名・状態など ( )

**13. ご自身の性格について当てはまると思う物にチェックして下さい。**

内向的 社交的 神経質 いい加減  
短気 怒りっぽい 気が長い 責任感が強い  
頑張りすぎる 飽きっぽい 他人に気を使いすぎる

**14. これまでにかかれた病気について教えて下さい。**

糖尿病 (内服：あり なし インスリン：あり なし)

高血圧 心臓疾患 ( )

緑内障 肝臓疾患

脳に関する病気 ( )

大きなケガ、事故 ( )

**15. 現在服用中の薬と、もらっている医療機関名を教えてください。**

医療機関 ( ) 薬の名前 ( )

医療機関 ( ) 薬の名前 ( )

医療機関 ( ) 薬の名前 ( )

16. 薬や食物によるアレルギーや、副作用歴があれば教えてください。

薬、食べ物（ ） 症状（ ）  
薬、食べ物（ ） 症状（ ）  
薬、食べ物（ ） 症状（ ）

17. ご家族についてお伺いします。

- ① ご両親 [父]（ ）歳 [母]（ ）歳  
ご両親が亡くなられている場合（例 父 心筋梗塞により 58 歳： ）  
ご両親の離婚歴 あり なし
- ② 兄弟姉妹 なし あり（患者様は 人中 番目）
- ③ ご自身の結婚 未婚 既婚（ ）歳 離婚（ ）歳 再婚（ ）歳
- ④ 子供 なし あり（例 長男(9歳)： ）
- ⑤ 現在同居している方 なし あり（例 父、母、兄： ）

18. 教育・職業歴についてお伺いします。

- ① 最終学歴  
中学校 高校 専門学校 短期大学 大学 大学院 ⇒ 中退 在学中 卒業
- ② 職業歴  
（ ）歳 ～ （ ）歳 職業（ ）  
（ ）歳 ～ （ ）歳 職業（ ）  
（ ）歳 ～ （ ）歳 職業（ ）  
（ ）歳 ～ （ ）歳 職業（ ）  
（ ）歳 ～ （ ）歳 職業（ ）
- ③ 現在休職中の方  
（ ）年（ ）月より休職中  
病名（ ） 期限（ ）年（ ）月まで  
健康保険組合からの傷病手当金の受け取り あり なし  
会社の休職の最終期限はいつまでですか？（ ）年（ ）月まで・不明

19. タバコ、アルコールなどについてお伺いします。

- ① 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）
- ② タバコ  
吸わない 吸う（ ）歳から、1日 本くらい）
- ③ その他

シンナー、脱法ドラッグなどの使用歴 あり なし

覚せい剤、大麻、LSD、MDMA などの使用歴 あり なし

20. お聞きになりたいことや、診療に関するご希望があれば何でもお書き下さい。

最後にアンケートにご協力いただけたら幸いです。

\*当院をどのようにしてお知りになりましたか。いずれかに○印をつけてください。(複数可)

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ google や yahoo!などで検索してホームページを見た</li><li>・ 知人や友達のすすめ</li><li>・ 他院からの紹介（施設名 <input type="text"/>）</li><li>・ インターネット検索（Google、ヤフー、その他 <input type="text"/>）</li><li>・ 医療検索サイト（病院なび Caloo ドクターズファイル）</li><li>・ その他（ <input type="text"/> ）</li></ul> |
|--|

おつかれさまでした。ご協力ありがとうございました。