**【 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で結構です。

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。**

[ ] よく眠れない 　　 　　[ ] 眠りすぎる 　　　　　　 [ ] 疲れやすい

[ ] 意欲が出ない 　　　 　 [ ] おっくう 　　　　　　 　[ ] 気分が落ち込む

[ ] 不安　　　　　　　　　 [ ] 胸がどきどきする 　　 　[ ] 息苦しくなることがある

[ ] 変に汗をかく 　　　 　　[ ] 考えがまとまらない 　　 [ ] 集中力がない

[ ] 世の中のことや家族のことなどに興味がなくなった　　[ ] よく涙が出てしまう

[ ] 好きなことをしても楽しくない　　　　　　　　　　　[ ] 死にたい気持ち

[ ] テレビを見ても内容が頭に入らない　　　　　　　　　[ ] 自傷行為 （リストカットなど）

[ ] イライラ 　 　 [ ] 気持ちが焦りやすい　　 [ ] 怒りやすい

[ ] 人に対して怒鳴ってしまう 　 [ ] 暴力してしまう

[ ] 周りの人が自分の悪口を言っている　　　　　　 　 [ ] 見張られている

[ ] いつも嫌がらせされている 　　　　　　　　　　　 　[ ] 音に敏感

[ ] 光に敏感でまぶしい　 　[ ] 食欲の低下 　　　　　　 [ ] 食欲の亢進

[ ] 過食 　　　　　　 　　　[ ] アルコール依存傾向　　　[ ] 自ら吐くことがある

[ ] 頭痛 　　　　　　 　　　[ ] 吐き気　　　　　　　　　[ ] めまい

[ ] 肩こり　　　　　　 　　[ ] 下痢 　　　　　　　　　 [ ] 便秘

[ ] むくみやすい　　　 　　[ ] 冷え性　　　　　　　　　[ ] 風邪を引きやすい

[ ] 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. これまでにかかられた心療内科、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. これまでにかから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下さい。**

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下さい。**

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）

|  |
| --- |
| ・googleやyahoo!などで検索しでホームページを見た・知人や友達のすすめ・他院からの紹介（施設名　　　　　　　　　　）・インターネット検索（Google、ヤフー、その他　）・医療検索サイト（病院なび　Caloo 　ドクターズファイル）・その他（　　　　　　　　　　　） |

おつかれさまでした。ご協力ありがとうございました。