

豊田こころのクリニック 問診票

記入日 H 年 月 日

記入者

本人様 同行者様 (氏名:)
続柄 ()

当クリニックでは、診察を充実させるために下記の質問にお答えいただいております。
分かる範囲で構いませんので、ご回答をお願い致します。

患者様	(ふりがな) 名前	男 女	生年月日: S・H 年 月 日 (歳)
-----	--------------	--------	----------------------

【1】今回受診された理由を教えてください。また、現在困っている状態があれば☑してください。

気持ち	<input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦る	<input type="checkbox"/> 緊張 <input type="checkbox"/> イライラ	<input type="checkbox"/> 悲しい <input type="checkbox"/> 意欲がでない	<input type="checkbox"/> 落ち込む <input type="checkbox"/> 集中できない	<input type="checkbox"/> 憂うつ <input type="checkbox"/> 何も楽しめない
行動	<input type="checkbox"/> そわそわする <input type="checkbox"/> 興奮してしまう	<input type="checkbox"/> おしゃべりになった <input type="checkbox"/> こだわりが強い	<input type="checkbox"/> 数が減った <input type="checkbox"/> 徘徊してしまう	<input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった <input type="checkbox"/> 火の不始末がある	
思考	<input type="checkbox"/> 悪い方向に考える <input type="checkbox"/> 現実でない声が聞こえる <input type="checkbox"/> 考えが次々に浮かぶ <input type="checkbox"/> 人に見られている感じがする	<input type="checkbox"/> 被害的に考える <input type="checkbox"/> 現実的でないことが浮かぶ <input type="checkbox"/> 考えが急に止まってしまう <input type="checkbox"/> 狙われている感じがする	<input type="checkbox"/> 考えがまとまらない		
認知機能	<input type="checkbox"/> すぐに物事を忘れる <input type="checkbox"/> 話が理解できない <input type="checkbox"/> よく物をなくす	<input type="checkbox"/> 場所や時間がわからない <input type="checkbox"/> 薬やお金の管理ができない <input type="checkbox"/> 場にそぐわないことを言ったりしたりする	<input type="checkbox"/> 同じ話をする		
身体	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 頭が重い <input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胃の不快感 <input type="checkbox"/> 手や足の震え	<input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> その他
睡眠	睡眠時間 (時から 時間)				
	<input type="checkbox"/> 寝付きが悪い <input type="checkbox"/> 早朝に目が覚める <input type="checkbox"/> 眠らず夜中に活動する	<input type="checkbox"/> 寝過ぎる <input type="checkbox"/> 熟睡できない <input type="checkbox"/> 眠らなくても平気	<input type="checkbox"/> 途中で目が覚める (約 回) <input type="checkbox"/> 日中も眠気がある		
食事	<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 食べられない	<input type="checkbox"/> 食べ過ぎる	<input type="checkbox"/> 嘔吐する	<input type="checkbox"/> 偏食がある
その他	気になっていることや、最近変わったことなどあればご記入ください。				

【2】【1】が気になるようになった時期、もしくは始まった時期はいつ頃ですか。

(年 月頃 あるいは 歳頃)

その時の様子やきっかけとなるような出来事があれば教えてください。

きっかけは特になかった

次へ続きます →

【11】生まれや育った場所、ご家族について教えてください。

- 出身地 () 都・道・府・県 () 区・市
- 最終学歴 () 卒業 中退 在学中 休学中
- 父 (歳) 職業:
- 母 (歳) 職業:
- 兄弟姉妹 (歳) 男 女 職業又は学校:
- (歳) 男 女 職業又は学校:
- (歳) 男 女 職業又は学校:
- 結婚歴 あり 歳時 (配偶者 歳 離婚 死別) なし
- ※ありの方…お子さんはいますか?
- いいえ はい (歳 男/女、 歳 男/女、 歳 男/女、 歳 男/女)
- ご家族・ご親戚で精神科や神経科の通院歴・入院歴のある方はいますか。
- 続柄: 病名: 通院中 入院中 通院なし 不明
- 続柄: 病名: 通院中 入院中 通院なし 不明
- 現在一緒に暮らしている人を教えてください。

【12】これまでの職歴と現在の職業を教えてください。

期間	勤務先の名称や仕事の内容	形態
～		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他の雇用 <input type="checkbox"/> 自営業
～		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他の雇用 <input type="checkbox"/> 自営業
～		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他の雇用 <input type="checkbox"/> 自営業
～		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他の雇用 <input type="checkbox"/> 自営業

【13】今回の受診で希望することがあれば教えてください。

- 薬の相談をしたい (飲んでほしい あまり飲みたくない 漢方薬なら飲んでほしい)
- カウンセリングを受けたい 心理検査を受けたい
- 診断書が必要 保健指導を受けたい
- 予防治療を受けたい (偏頭痛 花粉症)
- その他 ()

【14】福祉サービスの利用状況について教えてください。

- 障害者手帳 なし あり 精神 (級) 身体 (級) 知的 (級)
- 自立支援医療 (精神通院医療) なし あり
- その他 ()
- 今後利用したい制度はありますか? はい いいえ 詳しく話が聞きたい

以上になります。回答にご協力いただきありがとうございました。受付スタッフにお渡しください。