

以下の質問は患者さんご本人についてお答えください。

① 本日はどのようなことがお困りで受診されましたか？ また、それはいつ頃からですか？

	<スタッフ記入欄>
--	-----------

② 他の医療機関からの紹介状はありますか？

- ない
- ある 医療機関名 ()

③ これまでに精神科・心療内科を受診したことがありますか？

- ない
- ある
 - ・ (年 月 ~ 年 月 医療機関: 診断名:)
 - ・ (年 月 ~ 年 月 医療機関: 診断名:)
 - ・ (年 月 ~ 年 月 医療機関: 診断名:)

④ 現在、精神科・心療内科以外で通院している医療機関はありますか？

- ない
- ある
 - ・ (年 月 ~ 年 月 医療機関: 診断名:)
 - ・ (年 月 ~ 年 月 医療機関: 診断名:)
 - ・ (年 月 ~ 年 月 医療機関: 診断名:)

⑤ 現在内服しているお薬はありますか？ ある場合には下記にお書き下さい。アレルギーやお体に合わないものがあつた場合には、その旨もお書き下さい。 **※お薬手帳をお持ちの方は不要です**

⑥ 現在または過去にかかった事のある疾患はありますか？

- 特になし
- 糖尿病 高血圧 高脂血症 痛風/高尿酸血症 甲状腺疾患
- 肝臓病/肝機能障害 腎臓病/腎機能障害 緑内障 前立腺肥大症
- 脳梗塞・脳出血など脳血管障害 狭心症・心筋梗塞 不整脈 その他心臓病
- てんかん (小児期含む) 喘息・呼吸器疾患 脳挫傷などの頭部打撲
- 悪性腫瘍 (がん) (部位:)
- その他、大きな怪我や手術など (具体的に:)

その他の病気 具体的に:

⑦ 薬や食べ物・花粉などに対してアレルギーがありますか？

- ない
- ある

具体的に：

⑧ この1年間で健康診断を受けていますか？

- はい (最終受検時期： 年 月頃)
(指摘された項目：)
- いいえ

⑨ ご家族や血縁の方で、精神科・神経科の通院歴のある方、または自殺で亡くなった方はいらっしゃいますか？

- ない
- ある

具体的に：

⑩ 以下の制度を利用していますか？

- | | | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|---------|
| 障害年金 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | (等級： 級) |
| 障害者手帳 (精神・身体) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | (等級： 級) |
| 療育手帳 (愛の手帳) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | (等級： 級) |
| 介護保険 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | (介護度：) |
| 自立支援医療 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |

⑪ 女性の方にお聞きします (男性の方はそのまま⑫へお進みください)

- 生理は 規則的にきている 不規則である 閉経している
- 生理時の不調など
- 生理前に気分の落ち込み・イライラなどが激しい
 - 生理が重い・出血量が多い
 - 更年期と思われる症状がある
- 妊娠の可能性は ない ある 不妊治療中である 現在妊娠している
- 授乳中で ない ある

⑫ 現在の食事・睡眠の状態についておたずねします。

<食欲・食事について>

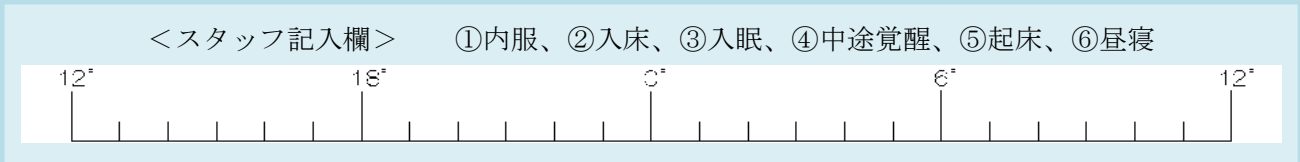
- 食欲はあり、以前と量も変わらない
- 食欲がありすぎて、食べ過ぎてしまう
- 食欲がなく、食べられない
- やせないといけないと感じ、食べるのが怖い

<体重について>

- 変わらない
- 増加傾向 (月で kg程度)
- 減少傾向 (月で kg程度)

<睡眠について> (複数回答可)

- よく眠れている
- 寝つきが悪い
- 夜中に何度も目が覚める
- 朝早く目が覚めてしまう
- ぐっすり寝た感じがしない
- 日中眠気が強い
- 寝ている間に大きないびき・呼吸停止がある
- 寝入る時に足がむずむず



⑬ これまでに自分で自分を傷つけたり、自殺を試みたことがありますか？

- 特になし
- 実行には移していないが、強く思ったことはある
(いつ頃、どういう状況で：)
- 自傷・自殺未遂歴がある
(いつ頃、どういう状況で：)

⑭ 生活歴について教えてください。

- ・出身地： _____ (都 道 府 県)
- ・最終学歴： _____ (中学 高校 専門学校 大学 大学院) (卒業 中退 在学中)
- ・現職： _____ (業) _____ (年目)
- ・配偶者： 有 無 (未婚 離別 死別)
- ・子供： _____ 人 (性別・年齢) _____
- ・熱心な信仰など： 無 有 : ()

⑮ ご家族構成について教えてください。

- 一人暮らしである
- 同居人がいる
(同居している方：)

<スタッフ記入欄> 家系図作成

⑯ 嗜好品・違法薬物使用歴についてお答えください。

<飲酒>

- 全く飲まない
- 機会があれば飲む程度 (週 1-2 回程度)
- ほどほどに飲む (週 3-4 回)
- ほぼ毎日飲む (週 5 回以上)
- 朝から 1 日中大量に飲酒している

<喫煙>

- 全く吸わない
- 以前は吸っていた
- 吸う (1 日 _____ 本)

<違法薬物使用歴>

- なし
- あり
(具体的に：)

⑰ その他、診察前に伝えておきたいこと・診療に対するご希望などありましたら自由にお書き下さい。

ご記入ありがとうございました。受付にお渡してください。

この後、必要に応じていくつか心理検査を行った後、医師の診察となりますのでご案内があるまで、もう少しお待ちください。

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。