

## 問診票

※ご記入いただいた個人情報は当院での診療にのみ使用いたします。

記入日 令和 年 月 日

お名前：

---

1. 困っている症状はどのようなものですか？

2. それはいつ頃からですか？ きっかけはありますか？

( ) 年 ( ) 月頃から  
きっかけ：

3. 下記の項目で現在ある症状がありましたらチェックして下さい。(複数可)

不安 息苦しくなる 胸がドキドキする

眠れない 意欲が出ない 食欲低下 気分が落ち込む 考えがまとまらない  
好きなことをしても楽しくない 疲れやすい ものごとに興味がなくなった  
集中力がない 涙が出る 人と会うのが苦痛 イライラ  
怒鳴ってしまう 気分のムラが激しい 死にたい気持ち 焦りやすい  
言葉のもつれ 物忘れ 性欲がない 何度も手を洗ってしまう

ふるえ 頭痛 吐き気 腹痛 下痢 めまい

誰もいないところで声が聞こえる 見られている 周りの人が自分の悪口を言う  
嫌がらせされる 他人の考えが分かる 自分の考えがまわりに伝わっている

自分の体を傷つける 過食 自ら吐く アルコールに依存 薬物を使用している・したことがある

4. 症状について、医療機関を受診したことがありますか？

1. 年 月 医療機関：

2. 年 月 医療機関：

診断名がわかれば教えて下さい ( )

5. 現在かかっている病気

6. 現在通院中の医療機関名

7. これまでにかかれた病気

8. 薬、食物によるアレルギー

9. タバコ、アルコール

①アルコール：飲まない 飲む(1日 )

②タバコ：吸わない 吸う(1日 本くらい)

10. 生育歴

①出身地

( ) 都・道・府・県 ( ) 区・市・町・村

②父：( )歳 母：( )歳

③実家の職業 ( )

④兄弟姉妹 ( 人中 番目)

⑤最終学歴 ( )

⑥職業歴 現在の仕事 ( )

職歴

⑦婚姻 未婚 既婚 子ども ( 人)

⑧現在同居している方 なし あり( )

11. ご家族、ご親族に精神科、心療内科の病気のある方がいますか？

続柄 ( ) 病名など ( )

12. 女性の方にお伺いします。現在、妊娠されていますか？ いいえ・はい( 週)