

《五日町病院 外来問診票》

記入日_____年_____月_____日

当院の問診票は、状況を詳しく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います。記入が難しいと感じたり、よくわからない項目は空欄のままで結構です。また診察時に医師へ聞いてみたいことやご希望などありましたら、遠慮なくご記入ください。

01. お名前 _____、生年月日(大正・昭和・平成・令和 _____年 _____月 _____日)、
歳

身長 _____ cm 現在の体重 _____ kg

02. 今日の受診はどなたの意向によるものですか (☑チェック)

自分から 家族のすすめ 友人や知人のすすめ その他 ()

03. この問診票を記入しているのは、どなたですか? (☑チェック)

本人 家族 (続柄 : _____) その他 ()

04. 困っている症状や状況は、どのようなものですか?

05. それは、いつ頃からですか?

昭和・平成・令和 _____年 _____月頃から (または _____歳頃から)

06. その後、現在までの症状や状況の変化はどうでしたか?

記載例: 徐々に悪化した、○年頃にクリニックへ通って改善したが△年頃にまた悪化した等

07. 症状や状況が出現したり、悪化するきっかけとなるストレスや出来事がありますか?

08. いまの状態について、あてはまるものに☑チェックをつけてください。

- 昼夜逆転している 睡眠時間が短いが平気 食欲がわからない
集中力がない 憂うつだ だるい 人に会いたくない 悲しい
涙がでる 死にたい気持ちがある イライラする 落ち着かない
自傷行為（リストカットなど） 不安 胸がドキドキする 息苦しくなる
汗がでる 焦りやすい 怒りっぽい 妙に元気である
周りの人が自分の悪口を言っている 見張られている 幻聴（ムダ耳）
食欲低下 食べ過ぎる 味がしない 吐き気、胃のむかむか 嘔吐
便秘 下痢 肩こり 頭痛 手足の冷え、寒がり のぼせ めまい
もの忘れ 意識がなくなる時がある 奇妙な行動をする時がある
手がふるえる ひきつけ、けいれん 音に敏感だ 光に敏感、まぶしい

そのほかに症状や気になっていることがあれば記載してください

09. 睡眠について教えてください（チェック）。

①眠れていますか？

普通

眠れない→（寝つきが悪い、途中で目が覚める、早く目が覚める）

眠りすぎる

②普段の平均的な睡眠時間などを教えてください。

布団に入るのは（ ）時、眠りにつくのは（ ）時

完全に目が覚めるのは（ ）時、布団から出て活動を始めるのは（ ）時

途中で目が覚める場合、その回数は（ ）回

その後すぐまた眠れますか？ はい いいえ

10. 食事について教えてください（チェック）

①食欲は？

普通 食欲は乏しいが食事はしている 食事が減っている 食欲がありすぎる

②体重は？

変わらない 減っている（3ヶ月で___kg減少） 増えている（3ヶ月で___kg増加）

11. これまでに受診や入院した心療内科や精神科があれば、教えてください。

（ ）年（ ）月～（ ）年（ ）月 医療機関（ ） 外来 入院

（ ）年（ ）月～（ ）年（ ）月 医療機関（ ） 外来 入院

（ ）年（ ）月～（ ）年（ ）月 医療機関（ ） 外来 入院

（ ）年（ ）月～（ ）年（ ）月 医療機関（ ） 外来 入院

12. これまでに心療内科や精神科の薬を服用したことがありますか？

ない

ある → 以下の質問にも、わかる範囲でお答えください。

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 ()
その他に薬について医師に伝えたいこと ()

13. ご家族やご親戚に、心療内科や精神科の病気のある方がいますか？

ご関係 () 病名や状態など ()
ご関係 () 病名や状態など ()

14. ご自身の性格について、当てはまると思うものに☑チェックしてください。

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 他人に気を使いすぎる 飽きっぽい

15. これまでにかかれた病気があれば☑チェックしてください。

糖尿病 (内服：あり なし、インスリン注射：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 () 大きなケガや事故 ()
その他 ()

16. 現在通院している医療機関と、もらっている薬がありますか。

ない ある → 以下に記入してください。
医療機関 ()、薬の名前 ()
医療機関 ()、薬の名前 ()
医療機関 ()、薬の名前 ()

17. 食べ物によるアレルギーや、薬による副作用がありますか。

ない ある → 以下に記入してください。
食べ物・薬 ()、症状 ()
食べ物・薬 ()、症状 ()
食べ物・薬 ()、症状 ()

18. ご家族について教えてください。

①ご両親 父…()歳、母…()歳 ご両親の離婚歴 なし あり
ご両親が亡くなられている場合 (例：父は脳梗塞にて70歳で他界)
②兄弟姉妹 なし あり (私は全兄弟姉妹____人中の____番目です)
③ご自身の結婚歴 未婚 既婚()歳 離婚()歳 再婚()歳
④子ども なし あり (例：男13歳、女5歳)
⑤現在同居している方 なし(独居) あり (例：父・母・兄…)

19. 生活歴や職業歴について教えてください。

①学歴を学校名で教えてください。
()小学校 (普通学級 特別支援学級 特別支援学校)
()中学校 (普通学級 特別支援学級 特別支援学校)
()高等学校 (昼間 夜間 特別支援学校を卒業 中退
()大学 短期大学 ()学部 学科を卒業 中退
その他 ()

②職業歴
会社名や職業名 () ()年()月頃～()年()月
頃
会社名や職業名 () ()年()月頃～()年()月

頃
会社名や職業名 () ()年()月頃～()年()月

頃

その他、書ききれない場合は以下に記載ください

- ③現在休職中の方
会社名や職業名 () を、()年()月より休職中
病名や求職理由 ()
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。

20. 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

21. 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ください。

(血圧用紙 貼付欄)

以上です。ご記入ありがとうございました。

以下、精神保健福祉士使用欄 (電子カルテへ入力したら) _____

- 15 既往歴 16 合併症 17 アレルギー 18 家族構成 (ジェノグラムの記載)
19 学歴 20 職業歴 診療録から病歴の部分を生活歴欄へ転記
入力者氏名 ()