

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ 性別： 男 ・ 女 / 記載日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

生年月日： T ・ S ・ H ・ R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

同伴者：氏名 \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_ )

記入者：氏名 \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_ )

この問診表は、ご本人の状況をしっかりと把握し、診療に役立てるため、大変重要な情報となります。そのため、項目が多くなっております。お手数をおかけしますが、ご協力をお願いします。覚えていない、わからない場合は、その旨を記入欄にご記入下さい。なお、当院は個人情報保護法を遵守しております。

○ 相談内容 (何についてお困りですか、ご相談したい内容は何か)

(不眠、気分の落ち込み、もの忘れ、など)

○ 上記ご相談内容について具体的に記入下さい。

(いつ頃から、何がきっかけで、どのような症状があった・続いている等)

○ 当院にどのようなことを希望されますか (複数回答可)

診断  検査  対応方法について  今後について  その他 ( \_\_\_\_\_ )

○ 今までに心療内科・精神科で治療を受けたことがありますか？

いいえ  はい

【通院歴】 治療された順にご記入下さい。

期間	医療機関名	診断名
年 月( )歳 ~ 年 月( )歳		
年 月( )歳 ~ 年 月( )歳		

【入院歴】

期間	医療機関名	診断名
年 月( )歳 ~ 年 月( )歳		
年 月( )歳 ~ 年 月( )歳		

○ 現在治療中の病気はありますか？

いいえ  はい

該当するものに○	病名	医療機関
	高血圧	
	糖尿病	
	高脂血症	
	不整脈	
	心不全	
	肝機能障害	
	パーキンソン病	
	脳梗塞	
	喘息	
	その他( )	
	その他( )	
	その他( )	

○ 過去に定期的な通院または入院が必要な大きな病気や怪我、手術をされたことはありますか？

いいえ  はい

いつ頃	医療機関名	病名	治療内容(外来、入院、手術)

○ アレルギー

- ・食品 ない ある ( )
- ・薬品 ない ある ( )
- ・その他 ない ある ( )

<現在の様子について> 当てはまる項目にチェック (☑) してください。

○ 歩行 当てはまるものにチェックをしてください。

- 問題ない 杖での歩行ができる 手すり等つたい歩きができる
- 歩行器や手押し車などの支えがいる 手引き歩行など介助が必要
- 車椅子利用 座ることもできない

○ 入浴 当てはまるものにチェックをして下さい。

- 問題ない 転倒等のリスクがあり見守りが必要
- ほぼ自立しているが、洗髪等一部介助が必要 全般的な介助が必要

○ 食事 当てはまるものにチェックをしてください。

- 問題なし 食事を用意すれば自分で食べることができる 食べこぼしがある
- 介助を要する 食べ物を細かく刻んだり、柔らかく調理する必要がある
- 口から食べることができない ( 胃瘻 ・ 経鼻 )

○ 排泄 当てはまるものにチェックをして下さい

- 問題ない トイレで排泄できるが、パンツを汚したり、後始末が不十分
- 時々失禁してまう ポータブルトイレや尿瓶を使用している
- 尿意や便意があるが失禁してしまうことがあり、オムツを着用している
- 尿意や便意はなく、常時オムツを着用している

○ 睡眠の問題 ある ない

就床時間 ( : )、起床時間 ( : )

- 寝つきが悪い 夜中に目が覚める 朝起きられない 寝すぎる
- 昼夜逆転 その他 ( )

○ 睡眠薬の使用歴 ない ある (薬剤名 : いつから : )

食欲 ある ない ムラがある

体重変動 ある ない

ある・・・ ( 年 月頃から k g 減 ・ 増 )

飲酒習慣

飲まない

飲んでいる 飲んでいた

(種類: ビール ・ 日本酒 ・ 焼酎 ・ ウイスキー ・ その他: )

\_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳まで 1日 \_\_\_\_\_ ml ・ 合 \_\_\_\_\_ 週 ・ 月 \_\_\_\_\_ 日程度

喫煙習慣

ない ある ( \_\_\_\_\_ 本/日) 今はやめている ( \_\_\_\_\_ 歳から)

○ ご家族構成および家系図についてご記入ください

兄弟姉妹・・・本人含め（ ）人中、上から（ ）番目

婚姻歴 ない あり（ 歳時

離婚歴 ない あり（ 歳時） / ○ 再婚歴 ない あり（ 歳時）

※ 兄弟、配偶者、子供、その他同居されている方をご記入下さい。

続柄	名前	年齢	職業	同居家族に ○	居住地
例) 長男	和夫	45 歳	会社員	○	

○主に患者さんの支援や介護をされている方をご記入下さい

・名前 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

・名前 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

記入例

□ 男性  
○ 女性  
■ 男性  
(他界)  
● 女性  
(他界)

家系図

○ ご家族の中で精神科・心療内科を受診された方はいらっしゃいますか

いいえ

はい (誰が: \_\_\_\_\_ 医療機関名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_)

(誰が: \_\_\_\_\_ 医療機関名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_)

**<生育歴>** ※出生から現在までのことについて、可能な限りご記入をお願いします。

・ 出生地：

・ 最終学歴

尋常小学校     中学校     高等学校     専門学校     大学

**<職歴>**

- ・ (     ) 歳 ～ (     ) 歳    : \_\_\_\_\_
- ・ (     ) 歳 ～ (     ) 歳    : \_\_\_\_\_
- ・ (     ) 歳 ～ (     ) 歳    : \_\_\_\_\_
- ・ (     ) 歳 ～ (     ) 歳    : \_\_\_\_\_

**<その他>**

○介護保険の利用状況について

介護認定・総合事業を受けていますか？

いいえ

はい 当てはまるものに○をつけてください

総合事業    ・    要支援 ( 1 ・ 2 ) ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )

・ 担当ケアマネージャ： \_\_\_\_\_ 所属機関： \_\_\_\_\_

・ 利用しているサービス

なし

あり 当てはまるものに○をつけてください

( 施設入所中 ・ デイサービス ・ ショートステイ ・ ヘルパー ・ 訪問看護  
配食サービス ・ 入浴サービス ・ 小規模多機能型事業所 ・ その他 : )

○障害者手帳はお持ちですか？

いいえ  はい ( 身体：     級 ・ 療育： A / B ・ 精神：     級 )

○ 元来、どのような性格ですか？周りからはどのような性格だと言われますか

( \_\_\_\_\_ )

**※ 問診票はここまでです。ご協力ありがとうございました。  
記入漏れがないかご確認ください。**