

# 初診問診票

記入日 年 月 日

|                         |                              |    |                                 |    |      |
|-------------------------|------------------------------|----|---------------------------------|----|------|
| 氏名                      | フリガナ                         | 性別 | 生年月日                            |    | 年    |
|                         |                              |    |                                 | 月  | 日    |
|                         |                              |    | 年                               |    | 月 日生 |
|                         | ( 歳 )                        |    |                                 |    |      |
| 住所                      | 〒 -                          |    | 電話番号                            | 自宅 | - -  |
|                         | 同居・独居・施設                     |    |                                 | 携帯 | - -  |
| 学歴                      | 小学校卒・中卒・高卒・専門学校卒・大卒・大学院卒・その他 |    | 職業                              |    |      |
|                         |                              |    |                                 |    |      |
| 本日の希望診療科をお選び下さい         |                              |    | 心療内科/精神科 ・ 睡眠時無呼吸外来<br>内科 ・ その他 |    |      |
| 当院に以前受診されたことのある方はご記入下さい |                              | 年  |                                 |    |      |
|                         |                              | 月頃 |                                 |    |      |

現在通院治療中の疾病はありますか？ いいえ ・ はい

【はいとお答えの方は、以下の当てはまるものに○をしてください】

高血圧 ・  高脂血症 ・  糖尿病  
 うつ病 ・  躁うつ病 ・  統合失調症 ・  パニック障害 ・  摂食障害 ・  不眠症  
 認知症 ・  パーキンソン病  
 睡眠時無呼吸症候群 ・  その他  
 ( )

(通院中の治療機関名： 主治  
医： )

今までに入院・手術歴はありますか？

いいえ ・ はい ( 頃 疾病  
名 )

本日お困りの症状はどのようなものですか？ 当てはまるものにだけ○をしてください

それはいつごろからですか？ ( 頃から )

裏面もありますのでご記入お願いいたします

**精神症状**（イライラ・ゆううつになる・不安になりやすい・視線が気になる・緊張しやすい・テンションが急に上がる時がある・気分のムラがある・自殺したくなる・不思議な声が聞こえる・他の人には見えないものがみえる・集中力がない・考えがまとまらない・人と会いたくない・物忘れ）

**行動について**（やめられない行動がある・自分を傷付けてしまう・他人を傷つけてしまう・薬の多飲・アルコール類の多飲・過食・拒食・依存・仕事（学校）にいけない）

**睡眠について**（寝付きにくい・途中で目が覚める・早朝に目が覚める・寝ても疲れがとれない・寝過ぎる・眠気が強い・いびき・睡眠時無呼吸・むずむず足症候群・）

**発達について**（落ちつきがない・不注意・学校の勉強や仕事についていけない・集団から浮いてしまう・他人から誤解されやすい・スケジュールや時間管理が苦手・人とのコミュニケーションが苦手・こだわりが強い・マイペース過ぎる）

**発熱**（度）

**身体症状**（頭痛・腹痛・吐き気・肩凝り・下痢・便秘・動悸・息苦しさ・めまい・手足のふるえ・しびれ・手足の脱力・食欲がない・体重が減った）

上記の症状でこれまでに他医療機関を通院されたことがありますか？ はい  いいえ

ご自身の家族構成を教えてください

| 続柄 | 年齢 | 職業 | 居住形態                     |
|----|----|----|--------------------------|
|    |    |    | 同居 ・ 別居(近隣・遠方) ・ 離別 ・ 死去 |
|    |    |    | 同居 ・ 別居(近隣・遠方) ・ 離別 ・ 死去 |
|    |    |    | 同居 ・ 別居(近隣・遠方) ・ 離別 ・ 死去 |
|    |    |    | 同居 ・ 別居(近隣・遠方) ・ 離別 ・ 死去 |
|    |    |    | 同居 ・ 別居(近隣・遠方) ・ 離別 ・ 死去 |
|    |    |    | 同居 ・ 別居(近隣・遠方) ・ 離別 ・ 死去 |

ご自身のご様子についてお尋ねします

アレルギー  ない・ある（食品（) 薬（) その他（)

( )  
飲酒 飲まない・飲む 喫煙 吸わない・吸う 妊娠 していない・している( )ヶ月)・  
妊娠の可能性

○今利用している公的支援（サービス）があれば教えてください 当てはまるものに○  
をしてください

自立支援医療制度・障害者年金・障害者手帳（精神・身体・知的）・放課後デイサービス・高齢者デ  
イサービス・訪問看護・訪問リハビリ・訪問ヘルパー・傷病手当・就労支援事業所・  
その他（ ）

○当院をどこでお知りになりましたか？

インターネット・看板・バス車内放送・他院より紹介（ ）・  
知人より紹介（ ）