

初めて受診された方へ（精神神経科）

問診日： 年 月 日

記入された方（ご本人・ご家族 _____）、一緒に来院された方（ _____ ）

1. どのようなことがお困りで受診されましたか（下に自由に記入してください）

- ・
- ・

あてはまるものがあれば、いくつでも○をつけてください

良く寝られない ・ 途中で目が覚める ・ ぐっすり寝た気がしない ・ 朝はやくから目が覚める
食欲がない ・ 体重が減った ・ 便秘 ・ ときどきする ・ 気分がしずむ ・ やる気がでない
不安 ・ イライラする ・ めまい ・ なみだもろい ・ つかれやすい ・ 物事を楽しめない
考えがまとまらない ・ 怒りっぽい ・ 物忘れ ・ 周りから嫌がらせをされる
人の視線が気になる ・ 死にたい気持ちがある ・ 自分を傷つけそうになる

2. 今まで精神科、心療内科への通院したことがありますか：はい・いいえ

病名 _____ (病院名 _____)	入院・外来 _____	年 月 ~	年 月
病名 _____ (病院名 _____)	入院・外来 _____	年 月 ~	年 月
病名 _____ (病院名 _____)	入院・外来 _____	年 月 ~	年 月
病名 _____ (病院名 _____)	入院・外来 _____	年 月 ~	年 月

3. 現在、内服をしている薬はありますか：ある ・ ない

内服薬： _____

当院から以外の内服薬：ある ・ ない 薬手帳：持ってきた ・ 持ってきていない

4. これまでの健康状態

・ これまでの病気 _____ 歳 病名： _____ 歳 病名： _____
_____ 歳 病名： _____ 歳 病名： _____
_____ 歳 病名： _____ 歳 病名： _____

糖尿病：ある ・ ない 高血圧：ある ・ ない 高コレステロール血症：ある ・ ない
緑内障：ある ・ ない 不整脈：ある ・ ない 脳梗塞：ある ・ ない
頭のけが（意識を失ったもの）：ある ・ ない ひきつけ(けいれん)：ある ・ ない

- ・ 飲酒：飲む（一日でお酒の種類 _____ を _____ ml） ・ 飲まない
- ・ 喫煙：吸う（一日 _____ 本、 _____ 歳〜） ・ 吸わない ・ 禁煙中
- ・ 違法薬物の使用：使っている（ _____ ） ・ 使ったことがある ・ ない
- ・ アレルギー：ある（アレルギーがでたもの _____ ） ・ ない

二枚目にもご記入ください

5. ご家族について

ご兄弟 _____人兄弟の_____番目

ご結婚 している（結婚_____歳）・していない 子供_____人（男_____人、女_____人）

離婚歴 あり（離婚_____回、_____歳、再婚 _____歳）・なし

同居している家族：あり（_____）・ひとりぐらし

ご家族で、心療内科・精神科に受診した方、自殺された方：

いる（間柄：_____）病名：_____、（間柄：_____）病名：_____・なし

6. これまでの生活

生まれたところ（_____）

住んでいたところ _____歳～_____歳 _____歳～_____歳
_____歳～_____歳 _____歳～_____歳

最終学歴（ 中学・高校・大学・専門）卒業・中退（_____年時）・在学中（_____年生）

成績：上・中・下

今までの仕事： _____歳～_____歳 _____歳～_____歳
_____歳～_____歳 _____歳～_____歳
_____歳～_____歳 _____歳～_____歳

7. 自分の性格について

明るい・楽天的・友達が多い・がんこ・短気・おこりっぽい

あきやすい・派手好き・負けずぎらい・無口・几帳面・仕事好き・ねばりづよい

責任感がつよい・気が弱い・人に気を使う・わがまま・依存的

以上で終了です。ありがとうございました。

記入が終わりましたら、受付までお渡してください