

No. _____

初診 問診表（成人用）

令和 年 月 日 ()

ふりがな

【名前】

】

生年月日 年 月 日

1. 来院した目的を教えてください（複数チェックでも可）

- ・診察 ① 入院 ② デイケア等通所 ③ 診断書（提出先：）
・精神的不調 ① 認知症診断 ② 発達診断治療 ③ てんかん精査・治療
・依存症治療（アルコール・薬物・ギャンブル・ゲーム） ③ その他（ ）

2. 今までに精神科・心療内科を受診したことはありますか

・ない

・ある 「ある」を選んだ方は以下もご記入ください。

年 月 ～ 年 月 病院名： 診断名： 入院歴：ある／ない
年 月 ～ 年 月 病院名： 診断名： 入院歴：ある／ない

3. 現在どんな具合や悩みがありますか

○を付けてください（複数可）また特に困っている項目は◎をつけてください

- | | | |
|-------------|---------------|----------------|
| ・不眠 又は 過眠 | ・食欲低下 又は 増進 | ・体重減少 又は 増加 |
| ・落ち着かない | ・急に性格が変わった | ・興奮しやすい |
| ・緊張や不安が強い | ・悩み（職場・学校・家族） | ・嫌がらせされる |
| ・イライラする | ・気力がない | ・変な音や声が聞こえる |
| ・気持ちが沈んでいる | ・人目が気になる | ・誰かに見られている気がする |
| ・けいれん発作 | ・飲酒 | ・ギャンブルがやめられない |
| ・ゲームがやめられない | ・暴力 | ・徘徊 |
| ・物忘れ | | |

その他（身体の症状や不調もあればご記入ください）

4. 上記の症状はいつ頃からですか

月 頃から

もしくは

歳ごろから

5. ご家族についてお伺いします

血縁の家族、ご親族に精神科治療を受けた方はいますか。

- ・いない ② いる（どなたですか？）（ ）

6. 生育地についてお伺いします

（ ）都・道・府・県 （ ）市・町・村 その他（ ）

7. 教育についてお伺いします。（ ）内に学校名を記入してください

最終学歴：（ ）・中学校 ② 高校 ③ 専門学校 ④ 大学 ⑤ 大学院

8. 職歴についてお伺いします

歳～歳 職業＜ >

歳～歳 職業＜ >

歳～歳 職業＜ >

裏のページもご記入ください

9. 婚姻についてお伺いします

婚姻歴 ・未婚 ・既婚 ・離婚 ・死別 ・再婚

既婚の場合下の方も記入してください

結婚期間① (歳～ 歳) 2回以上ある場合: ② (歳～ 歳) ③ (歳～ 歳)

10. タバコ・アルコールなどについてお伺いします

【タバコ】・吸う (1日 本程度)

・吸わない

【アルコール】

・飲む (週 日) / お酒の種類 / 1日の量)
 ・飲まない

【その他】

シンナー・脱法ドラッグ・覚せい剤・大麻などの使用歴

・なし
 ・あり (使用したもの / いつ頃ですか)

11. これまでにかかったご病気がありますが (精神科・心療内科以外で記入してください)

・ない ・ある (あると答えた方は下の記入をお願いします)

年齢	疾患名	医療機関	現在通院の有無	服薬
			有 ・ 無	有 ・ 無
			有 ・ 無	有 ・ 無
			有 ・ 無	有 ・ 無

12. 薬・食べ物のアレルギーはありますか

・なし ・あり ()

13. 社会福祉制度 サービス利用について教えてください

【障害者手帳】

・持っていない
 ・持っている 精神 (級) / 療育 (級) / 身体 (級)

【年金】

・受給していない
 ・受給中 ・障害 (級) ・老齢 ・遺族
 ・申請中

【要介護認定】

・なし
 ・あり (介護区分: 要支援 / 要介護)
 ・申請中

【施設】

・入所 (・高齢 ・障害)
 ・通所 (・高齢 ・障害)

入所・通所している施設名、相談事業所・介護事業所などの記載をお願いします

施設・関係機関名	担当者	連絡先

ご協力ありがとうございました