

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 ・入院 ・デイケア等通所 ・診断書（提出先： _____）
・精神的不調 ・認知症診断 ・発達診断治療 ・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） ・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 ・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 ・高校 ・専門学校 ・大学 ・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） ・高齢 ・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