

No. _____

Medical Questionnaire for Adult

【英語】初診・再診併用問診表（成人用）

 Date (YYYY/MM/DD) _____ / _____ / _____
 年 月 日

1. Patient's Information 患者情報

Last Name 姓	Age 年齢
First Name 名	Nationality 国籍
Gender 性別 <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女 <input type="checkbox"/> Other 他	Language 言語
Date of Birth (YYYY/MM/DD) _____ / _____ / _____	

2. What is the purpose of your visit today? 本日の受診の目的は何ですか

- | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Outpatient Visit 診察 | <input type="checkbox"/> ASD/ADHD diagnosis and treatment 発達障害治療診断 |
| <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 | <input type="checkbox"/> Epilepsy てんかん |
| <input type="checkbox"/> Day Care/ Day Night Care デイケア等 | <input type="checkbox"/> Addiction treatment 依存症治療 |
| <input type="checkbox"/> Dementia diagnosis 認知症診断 | <input type="checkbox"/> Others その他 |
| <input type="checkbox"/> Medical Report 診断書 for _____ | |

3. Have you ever visited a psychiatrist in the past? 過去に精神科を受診したことはありますか

<input type="checkbox"/> No ない	
<input type="checkbox"/> Yes ある Please fill out the below 以下もご記入下さい	
From (YYYY/MM) _____ / _____ to _____ / _____	From (YYYY/MM) _____ / _____ to _____ / _____
Were you hospitalized? 入院歴 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Were you hospitalized? 入院歴 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Name of Hospital 病院名	Name of Hospital 病院名
Diagnosis 診断名	Diagnosis 診断名

4. What are the symptoms that you are currently experiencing? 現在どんな症状がありますか

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Insomnia 不眠 | <input type="checkbox"/> Gambling 賭博が止められない | <input type="checkbox"/> Alcohol problems 飲酒 |
| <input type="checkbox"/> Restlessness 落ち着かない | <input type="checkbox"/> Forgetfulness 物忘れ | <input type="checkbox"/> Violence 暴力 |
| <input type="checkbox"/> Strong tension or anxiety 緊張や不安が強い | <input type="checkbox"/> Loss of appetite 食欲低下 | <input type="checkbox"/> Weight loss or gain 体重変化 |
| <input type="checkbox"/> Feeling irritable イライラする | <input type="checkbox"/> Increased appetite 食欲増進 | <input type="checkbox"/> Easily excited 興奮しやすい |
| <input type="checkbox"/> Feeling depressed 気持ちが沈む | <input type="checkbox"/> Sudden personality change 急に性格が変わった | <input type="checkbox"/> Hearing strange noises or voices 変な音や声が聞こえる |
| <input type="checkbox"/> Suicidal thoughts 希死念慮 | <input type="checkbox"/> Worries about work, school, family 悩み（職場、学校、家族） | <input type="checkbox"/> Wandering aimlessly 徘徊 |
| <input type="checkbox"/> Seizures けいれん発作 | <input type="checkbox"/> Lack of energy 気力がない | <input type="checkbox"/> Talkative 多弁 |
| <input type="checkbox"/> Can't stop playing games ゲームがやめられない | <input type="checkbox"/> Feeling of being watched 人目が気になる、注察妄想 | <input type="checkbox"/> Excessive energy 元気が良すぎる |
| <input type="checkbox"/> Can't stop gambling | | <input type="checkbox"/> Loss of consciousness 意識消失 |
| <input type="checkbox"/> Others _____ | | <input type="checkbox"/> Being harassed 嫌がらせ |

5. When did the symptoms start? それはいつからですか

Since approximately _____ year/ _____ month 頃から OR Since _____ years old 歳頃から

6. Do you have any blood relatives or family members who are diagnosed with any mental illness? 血縁の家族や親族に精神科疾患と診断された方はいますか

- No いない
- Yes いる Who is it? どなたですか Please fill out the below 以下もご記入ください
- | | | |
|------------------|-----------------------------------|--------|
| Relationship 関係性 | Diagnosis of Mental illness 精神疾患名 | Age 年齢 |
|------------------|-----------------------------------|--------|

7. Where were you born? 出生地はどこですか？

Country 国 _____ City 市 _____

8. What is your highest level of education? 最終学歴は何ですか

 Middle school 中学校 High school 高校 College 短大/専門学校 University/Graduate school 大学/大学院

Name of the school 学校名 _____

9. Please tell me about your current work and your work history 現在の職業と職歴を教えてください

Currently occupation 現在の職業

 Full time 常勤雇用 Part time パートタイム Self-employed 自営業 Retired 退職
 Unemployed 無職 Student 学生 Other その他

Your Past Work History 職歴

Occupation 職業	From	years old to	years old 何歳～何歳
Occupation 職業	From	years old to	years old 何歳～何歳
Occupation 職業	From	years old to	years old 何歳～何歳

10. Please tell me about your marital history 婚姻歴について教えてください

 Single 未婚 Married 既婚 Divorced 離婚 Separated/Bereavement 離別/死別

 Married 婚姻期間 From _____ years old 歳から to _____ years old 歳まで
 Married 婚姻期間 From _____ years old 歳から to _____ years old 歳まで

11. Please tell us about your history of smoking, alcohol consumption, and other drug use. 喫煙とアルコール、その他薬物使用歴について教えてください

Do you smoke? たばこを吸いますか

 No 吸わない
 No, but I used to 以前吸っていた Previously _____ cigarettes/day 本/日
 Yes 吸う Currently _____ cigarettes/day 本/日 Since _____ years old 歳から

Do you drink alcohol? お酒を飲みますか

 No 飲まない
 Yes 飲む Please fill out the below 以下もご記入ください
 How often 頻度 _____ /week Types of alcohol 種類 _____ How much 量 _____ /day

Do you or have you ever used drugs? ドラッグを使用したことはありますか

 No ない
 Yes ある Please fill out the below 以下もご記入ください
 Types of drug 種類 _____ When いつ _____

12. Please tell me about any physical illnesses you have had in the past これまでかかったご病気について教えてください

 No ない
 Yes ある Please fill out the below 以下もご記入ください

Age 年齢	Disease 疾患名	Hospital 医療機関	Currently seeing a doctor? 現在通院	Medication 服薬
_____ years old			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
_____ years old			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
_____ years old			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

13. Are you allergic to any foods or medications? 薬、食べ物のアレルギーはありますか?

No ない

Yes ある Please fill out the below 以下もご記入ください

Food

Medication

14. Please let us know if you are using any social security services in Japan 利用している社会保障制度があれば教えてください (自由記載)

1.

2.

3.

15. Please tell us the names of the residential or day care facilities, counseling centers, and care service providers you use 入所・通所している施設名、相談事業所や介護事業所を教えてください

Name of the facility 施設名

Person in charge 担当者

Contact information 連絡先

1.

2.

3.

Thank you for your cooperation