

## 問診票 — はじめて診察を受けられる方へ —

記入日： 年 月 日

診察をスムーズに進めるため、あらかじめ患者さんとご家族にうかがっています。おわかりになる範囲でご記入ください。

受診される方のお名前： \_\_\_\_\_

この質問紙にご記入の方のお名前： \_\_\_\_\_ (患者さんとのご関係： \_\_\_\_\_)

### 1. 今のご様子（気になっていること）

最近、気になっている症状に印をつけてください（いくつでも）。

- 気分が落ち込む・興味がわからない     不安や緊張が強い     幻聴がある     妄想がある
- 眠れない・眠りすぎる     もの忘れが増えた・ご家族から指摘される
- イライラする・怒りっぽい     食欲が落ちた     つらくて、死にたいと覚えることがある
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

※「もの忘れ」「眠れない」に印をつけた方には、受付で物忘れ外来票・睡眠票を追加でお渡しします。

いちばん困っていること・受診のきっかけを、ご自由にお書きください。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. いつ頃から・きっかけ

具合が悪くなったのはいつ頃からですか： 年 月頃から

思い当たる原因があればお書きください： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

以前にも同じように具合が悪くなったことがありますか： \_\_\_\_\_

### 3. これまでの治療歴（精神科・心療内科）

今までに、この症状で治療を受けたことがありますか：  ある     ない

「ある」の方は、おわかりになる範囲ですべてご記入ください。

- ・ \_\_\_\_\_ 病院に 通院／入院（ 年 月～ 年 月）
- ・ \_\_\_\_\_ 病院に 通院／入院（ 年 月～ 年 月）
- ・ \_\_\_\_\_ 病院に 通院／入院（ 年 月～ 年 月）



学校生活で困ったことはありましたか：  ある（ ）  ない

ご自分の性格について、当てはまるものがあれば印をつけてください（任意）。

神経質・明るい・無口・内気・人情に厚い・おとなしい・几帳面・こだわりが強い・世話好き・冷淡・社会的・非社会的・怒りっぽい・暗い・やさしい・くよくよしやすい・仕事熱心・皮肉屋・わがまま・一人であることを好む・ユーモアがある・がまん強い・勝手気まま・喜怒哀楽が激しい・気が小さい・話がまわりくどい・すぐ人と意見がぶつかる・気分が変わりやすい・変わりもの・話好き・頑固

現在の職業： \_\_\_\_\_

これまでの職歴・アルバイト歴：

- ・ \_\_\_\_\_ に \_\_\_\_\_ 年 / \_\_\_\_\_ ヶ月 務めた（仕事の内容： \_\_\_\_\_）
- ・ \_\_\_\_\_ に \_\_\_\_\_ 年 / \_\_\_\_\_ ヶ月 務めた（仕事の内容： \_\_\_\_\_）
- ・ \_\_\_\_\_ に \_\_\_\_\_ 年 / \_\_\_\_\_ ヶ月 務めた（仕事の内容： \_\_\_\_\_）

## 9. ご家族について

結婚歴：  未婚  婚姻中（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月に結婚）  離婚（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月）  死別

現在の家族構成についてご記入ください。

お名前	年齢	患者さんとのご関係	同居（○・×）

ご家族・ご親戚に、神経（認知症を含む）・精神・心の病気の方はいますか：  いない

いる 病名： \_\_\_\_\_

ご家族・ご親戚に多い病気（高血圧・糖尿病・脳卒中・がんなど）はありますか：

ある（ \_\_\_\_\_ が多い）  ない

## 10. 緊急のご連絡先（キーパーソン）

急なご連絡が必要なとき、病院から連絡する方をご記入ください。

お名前： \_\_\_\_\_

患者さんとのご関係： \_\_\_\_\_

ご連絡先（電話）： \_\_\_\_\_

## 11. その他

---

当院をどのようにしてお知りになりましたか：

他の病院（                      ）からの紹介       ご家族・ご友人などの紹介

インターネット       その他（ \_\_\_\_\_

ご趣味： \_\_\_\_\_

入信している宗教：  あり \_\_\_\_\_  なし

以上です。ご記入ありがとうございました。

---

### 個人情報の取り扱いについて

ご記入いただいた内容は、診療・治療の目的にのみ使用し、関係法令に従って適切に管理します。  
当院では、診療に必要な範囲で、あなたの個人情報を院内の関係職員間で共有する場合があります。  
なお、個人情報は法令に基づき適切に管理いたします。

同意します

署名または記名 \_\_\_\_\_

ご記入ありがとうございました。わからない点はスタッフまでお声がけください。

**特定医療法人社団 清心会 藤沢病院**