

# 精神科問診票(18歳以上)

カルテ No. \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

◇以下の質問にお答えください。該当する□にレ印を、また \_\_\_\_\_ に必要事項をご記入ください。

1.ご家族のなかで当クリニックを受診されたかたはいますか？

無 有→氏名 \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_

2.今までに利用された医療・相談機関があれば、機関名、受診理由を以下にお書きください。

精神科治療歴・相談歴(児童相談所・療育センター等も含む)

治療歴		病院名	病名
年 月～	年 月( 歳)		通院・入院
年 月～	年 月( 歳)		通院・入院
年 月～	年 月( 歳)		通院・入院

既往歴(精神科以外)

年 月～	年 月( 歳)	通院・入院
年 月～	年 月( 歳)	通院・入院
年 月～	年 月( 歳)	通院・入院

3. 現在服用中の薬はありますか？(処方薬、市販薬問わず)

無 有→

4.今までに薬や食べ物によるアレルギーを起こしたことがありますか？

無 有→

5. 最終学歴をご記入ください。

\_\_\_\_\_ 中学・高校・専門学校・大学・大学院 在学中・中退・卒業

6. 今までについて職業についてご記入ください。

職種	勤続年数
<例> 事務職	(1年6ヶ月)
	( 年 ヶ月)

7. 結婚歴をご記入ください

無 有→ 結婚・離婚の回数、年齢などをお書きください。

8.現在同居のご家族を教えてください。(年齢・職業・健康状態)

9.現在の身長 \_\_\_\_\_ cm、体重 \_\_\_\_\_ kg

10.現在の状況についてお答えください。右欄には1日の生活の様子をお書きください。

<食行動>	生活の様子	記入例
食事回数 回/日 食行動上の問題 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 過食嘔吐 その他	6時	7時 起床 朝食、身支度
摂取量 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い	12時	8時 出勤
<睡眠> 睡眠時間 時間/日 睡眠問題 <input type="checkbox"/> 入眠困難 <input type="checkbox"/> 途中覚醒 <input type="checkbox"/> 早朝覚醒 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転	18時	19時 帰宅 夕食 (外食1回/週)
<排泄> 排便 回/日(下痢・便秘)	24時	20時 テレビ ランニング2回/週 24時 就寝
<活動> 利き手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 飲酒 /日 才~ 喫煙 /日 才~ 強迫行動		
女性の方にお伺いします。		
月経 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(順・不順 初潮____才)		
妊娠経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
現在、妊娠されていますか?		
はい 妊娠____ヶ月		
いいえ		
現在、授乳中ですか?		
はい・いいえ		

ありがとうございました。用紙を受付にお渡しください。