

問 診 票

当院では診察をスムーズに行うために、下記の質問にお答え頂いております。差し支えない範囲で結構ですので、ご回答をお願い致します。黒色のボールペンでご記入下さい。なお、これらの個人情報は、当院の診療行為に関してのみ使用します。

記入日： 年 月 日 記入者： 本人 その他（ ）

氏名 <small>ふりがな</small>	年齢	性別	職業
		男・女	

① 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 医療機関からの紹介(紹介元：) 市役所・保健所 学校や職場
 インターネット(ヤフー・グーグル・その他) 電話帳 看板広告
 家族 知人 当院のホームページ 以前かかった その他()

② 初診日に来院されるのはどなたですか？ 本人 父 母 その他()

③ 今日はどのようなことで受診されましたか？

④ 現在みられるものを◎で囲み、過去にみられたものを○で囲んでください。

- 不安 緊張 苛々 疲れやすさ 気分の落ち込み 気力の低下 集中困難
 気分の高揚 不眠 便秘 下痢 頭痛 腹痛 拒食 過食 嘔吐
 不登校 ひきこもり 入社困難 昼夜逆転 家庭内暴力(対人・対物)
 パニック 動悸 しびれ けいれん めまい 吐き気 物忘れ
 自傷行為 大量服薬 死にたい気持ち 自殺未遂 人前での緊張
 対人恐怖(自分の臭いが気になる・視線が怖い・他人にどう思われているかが過剰に気になる・自分の容姿を過剰に気にする)
 強迫症状(不合理だと思ふ観念にとらわれたり、頭の中で反芻してしまう・頻回の手洗い・何度も確認をする等)
 独り言 独り笑い 幻覚(実際にはないものが見えたり聞こえたりする等)
 被害妄想(危害を加えられている・狙われている・監視されている) 考えがまとまらない
 浪費 ギャンブル アルコール依存 薬物依存 その他()

⑤ これらの症状は、いつからどのように生じましたか？ 思い当たるきっかけはありますか？

