

精神科外来問診票

初診をスムーズに行うため、お手数ですが書ける範囲でご記入をお願いします。

記入日 202 年 月 日

受診者名	記入者名	本人との関係
1.今一番つらいこと、お困りの症状は何で、それはいつごろからですか？		
そのことで受診したことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ある方は下記に詳細をご記入ください）		
医療機関名・診療科	期間	
(科)	年 月 ~	年 月
(科)	年 月 ~	年 月
(科)	年 月 ~	年 月
紹介状はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2.今回の来院はどなたの意向ですか？ <input type="checkbox"/> 自分の意志で <input type="checkbox"/> _____のすすめで 来院同伴者は <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(名前: _____ 関係: _____) 思い当たる原因や出来事、または病名はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(_____) 当院に希望することはありますか？ <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 説明や助言 <input type="checkbox"/> 書類作成 <input type="checkbox"/> 他施設を紹介 その他:		
3.現在お薬は飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んだことがある <input type="checkbox"/> 飲んだことがない お薬の種類と量を説明した紙あるいはお薬手帳を持参されましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →いいえに✓をされた方はご存じであれば、主な薬の名前と1日の量の記入をお願いします。 _____錠(朝・昼・夕・眠前) _____錠(朝・昼・夕・眠前) _____錠(朝・昼・夕・眠前) _____錠(朝・昼・夕・眠前) _____錠(朝・昼・夕・眠前) _____錠(朝・昼・夕・眠前)		
4.これまでの健康状態についてあてはまるものに✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 難産で生まれた <input type="checkbox"/> 未熟児で生まれた <input type="checkbox"/> しばらく泣かなかった <input type="checkbox"/> ひきつけ/けいれんがあった <input type="checkbox"/> 頭を強く打った <input type="checkbox"/> 気を失った <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 血圧が低い <input type="checkbox"/> 心臓病(_____ 歳から) <input type="checkbox"/> 糖尿病(_____ 歳から) <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血(_____ 歳から) 感染性疾患： <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症(_____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(_____) コロナワクチン接種： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(① _____ 月 日 ② _____ 月 日) 静脈血栓塞栓症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____ 年 月) アレルギー： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり あり→薬や食品(種類 _____) <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ぜんそく アルコール： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む 最後に飲んだ日は(_____ 月 日) 飲む→(_____ 日/週・お酒の種類: _____ 1回あたりの量: _____) 喫煙： <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する(1日あたり _____ 本) 妊娠の可能性： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 乱用薬物の使用： <input type="checkbox"/> 使用歴なし <input type="checkbox"/> 使用歴あり(薬物名 _____) 今までかかった主な病気とその年齢 病名 _____ 年齢 _____ 歳 病名 _____ 年齢 _____ 歳		
5.住居・家族・経済状態について空欄に記入し、あてはまるものに✓をつけてください。 父は _____ 歳で <input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 死去 母は _____ 歳で <input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 死去 兄弟姉妹：本人含めて _____ 人中、 _____ 番目(兄 _____ 名、姉 _____ 名、弟 _____ 名、妹 _____ 名) 配偶者： <input type="checkbox"/> いる(年齢 _____ 歳、職業 _____) <input type="checkbox"/> いない(未婚・離別・死別)		

裏面につづく

子供 : なし あり(男・女____歳、男・女____歳、男・女____歳、男・女____歳、男・女____歳)

同居者 : なし あり(全員のお名前とご関係: _____、_____
_____))

血縁者で心療内科・精神科に受診経験のある方はいますか？

いない いる(どなたですか？ _____)

入院費・在宅療養での経済的問題点 なし あり(_____)

住宅 持家 賃貸 一戸建て アパート/マンション その他(_____)

6.これまでの生活について空欄に記入し、あてはまるものに✓をつけてください。

生まれ育ったところ _____

最後に通った学校と学科の名前 _____ 卒業 中退 在学中 休学中

成績 小学校(上・中・下・劣) 中学校(上・中・下・劣) 高校(上・中・下・劣)

卒後の職歴・アルバイト歴 なし あり

現在の主な役割 家事 学業 仕事(内容 _____ 役職など _____)

上記の役割を こなせている なんとかやれる 時々休む 休んでいる

家庭・学校や職場での悩みは ない ある(内容 _____)

7.最近の状態について空欄に記入し、あてはまるものに✓をつけてください。

身長 _____ cm 体重 _____ kg 最近 やせた 太った (もともと _____ kg)

胃がむかむかする 食欲がない(普段の _____ %) 食べ過ぎ 吐く 下痢 便秘

胸がドキドキする 立ちくらみ めまい 発疹 目がかすむ 尿が出にくい

じっと座っているのがつらい そわそわする ふらつく つまづきそう 姿勢や動きが硬い

体が震える 体が勝手に動く ねじれる(部位: 口・舌・首・手・足・胴・眼球)

月経不順 無月経 乳汁分泌 性機能障害

睡眠平均 _____ 時間 睡眠が悪い(薬を飲んでも・飲まない) 寝つきが悪い

人前で緊張 外出しづらい こだわりが強い いやな考えが浮かぶ イライラ 不安 あせる

疲れる やる気が出ない ゆううつ 孤独感 口数が減った ものごとを楽しめない

夜より朝がつらい みんなに迷惑をかけている 仕事、家事、学業ができない

生きているのがいや 自殺を しそう・試みた

考えがまとまらない 人に見られている感じ 噂されている感じ 姿が見えないのに声が聞こえる

興奮する 気分が高い 怒りっぽい 人や物に当たりそう 自傷しそう 記憶が抜け落ちる

意識を失う 不注意なミスが多い もの忘れ

自分の身の回りのことができない 家族に無断で出歩く

8. 社会保障制度 サービスの利用についてあてはまるものに✓をつけてください。

要介護認定 : なし 申請中 あり(介護区分: 要支援 _____ 度 要介護 _____ 度)

自立支援医療 : なし 申請中 あり 障害支援区分: なし 申請中 あり(要支援 _____ 度)

障害者手帳 : なし あり(手帳の種類: 精神 _____ 級 知的 _____ 度 身体 _____ 級)

年金 : 老齢(基礎 厚生) 障害 _____ 級(基礎 厚生) 遺族(基礎 厚生)

在宅サービス等 : 訪問診療・往診 訪問看護 ヘルパー デイケア デイサービス

ショートステイ 配食サービス その他(_____)

施設 : (入所・通所) 介護・高齢 精神 知的 身体 児童 その他

施設・関係機関名: (_____ 担当 _____ 連絡先 _____)

9. 医師・医療へのご要望があればご記入ください。

記入が済みましたら外来ナースステーションまでお持ちください。ご協力ありがとうございます。