

問診票

当院では、こころの病気や症状は、その人の全体のバランスの乱れの顕われであると考えており、その人の全体を診て治療するという方針に立っています。一見関係のないようにみえる症状や生活習慣が、実はつながっている場合が多くみられます。

このような観点から、当院では問診を非常に重視しています。問診の項目が多く、まことにお手数かと思いますが、何卒ご理解、ご協力をお願いいたします。

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 歳 性別 男・女

職業 _____ 記入者氏名 _____ (続柄)

住所 〒 _____

電話番号 自宅 _____ - _____ - _____ 携帯 _____ - _____ - _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg (やせた、変わらない、太った→ _____ ヶ月で _____ kg)

■ 本日は、どのようなことがお困りで受診されましたか？

■ 思い当たる原因やきっかけはありますか？

■ どのような悩みや症状がありますか？あてはまるものチェックしてください

- 眠れない 食べられない 朝起きられない やる気が出ない 憂うつである
- 自分を責めてしまう 不安である 涙が出る 情緒が不安定 イライラしやすい
- 落ち着かない 興奮しやすい 死にたくなる 物忘れが多い 自分のことを噂されている
- 話しかける声が聞こえる 実際にはないものが見える
- その他

(_____)

■ **からだの不調はありますか？あてはまるものチェックしてください**

- 頭痛 頭が重い 頭にもやがかかっている感じがする 首がこる 肩がこる 背中痛み
- 腹痛 腰痛 動悸 めまい 立ちくらみ 耳鳴り 疲れやすい からだ怠い
- 朝起きられない 日中（とくに昼食後）に眠くなる 記憶力の低下を感じる
- 思考力や集中力が低下した
- その他
()

■ **これまで、生活に大きな変化やストレスはありましたか？**

■ **これまでに他の病院やクリニックを受診したことがありますか？**

時期	病院・クリニック名	病名・症状
歳ごろ 年 月～ 年 月	()	()
歳ごろ 年 月～ 年 月	()	()
歳ごろ 年 月～ 年 月	()	()

■ **これまでに病気や大きなけが、手術をしたことがありますか？**

- ある ()
- ない

■ **現在治療中の病気はありますか？**

- ある ()
- ない

■ **現在飲んでいるお薬はありますか（市販薬を含めて）？**

- ※お薬手帳をお持ちの方は、診察室でお見せください
- ある ()
 - ない

■ **現在利用しているサプリメントや健康食品はありますか？**

- ある ()
- ない

■ **アレルギー疾患はお持ちですか？**

- ある 花粉症、喘息、アトピー性皮膚炎、その他 ()
- ない

- 薬や食べ物などでアレルギーや副作用が出たことはありますか？
ある ()
ない
- 今までに歯科で治療されたことはありますか？ ある ない
- 現在、歯科で治療されていますか？ している していない
- 歯周病や虫歯と言われたことはありますか？ ある ない
- 歯に詰め物をしていますか？ している していない
- 食欲はありますか？ ある あまりない ない
- 過食することはありますか？ ある あまりない ない
- 好きな食べ物は何かですか？
- 嫌いな食べ物は何かですか？
- 食事の回数は？ 1日 () 回
- 外食はよくしますか？ はい (週 回) あまりしない しない
- お惣菜やインスタント食品はよく利用しますか？ はい (週 回) あまりしない しない
- 間食はしますか？ する (毎日、2~3日に1回) ほとんどしない しない
- 間食をする場合どんなものを食べますか？ ()
- パンやピザはよく食べますか？ よく食べる あまり食べない 食べない
- 麺類 (ラーメン、パスタ、うどん、そばなど) はよく食べますか？
よく食べる あまり食べない 食べない
- 乳製品 (牛乳、ヨーグルト、チーズなど) はよく食べますか？
よく食べる あまり食べない 食べない
- 水分は1日どのくらい摂りますか？ (mLあるいはコップ 杯)
- どんなものをよく飲みますか？
水 お茶 紅茶 コーヒー ジュース 野菜ジュース
スポーツドリンク その他 ()
- 栄養ドリンクはよく摂りますか？
よく摂る (何を？) あまり摂らない 摂らない
- のどは渇きやすいですか？ はい いいえ
- 何時頃お休みになりますか？ 時頃
- 何時頃起きますか？ 時頃
- 寝つきはいいですか？ よい あまりよくない よくない
- 途中起きることはありますか？ よくある あまりない ない
- 朝早くに目が覚めますか？ よくある あまりない ない
- ぐっすり寝たと感じますか？ 感じる あまり感じない 感じない
- よく夢を見ますか？ 見る あまり見ない 見ない
- 寝覚めの気分はいかがですか？ よい 普通 あまりよくない よくない

- お通じは毎日ありますか？ ある ない (回/週)
- よく便秘になりますか？ はい いいえ
- よく下痢をしますか？ はい いいえ
- 便秘と下痢を繰り返していませんか？ している していない
- よくお腹が痛くなりますか？ はい いいえ
- よくお腹が張った感じになりますか？ なる ならない
- 吐き気を感じることはありますか？ よくある あまりない ない
- 胸やけをすることはありますか？ よくある あまりない ない

- よく風邪をひきますか？ はい いいえ
- 鼻詰まりはありますか？ はい いいえ
- 鼻水がのどに垂れることはありますか？ はい いいえ
- 副鼻腔炎や蓄膿と言われたことはありますか？ はい いいえ
- 口呼吸していることが多いですか？ はい いいえ
- 朝起きたときに、のどがよく痛くなりますか？ はい いいえ
- 朝起きたとき、口の中が乾燥していますか？ はい いいえ
- のどの詰まりや異物感はありますか？ はい いいえ

- 冷えはありますか？
はい (とくに冷える部位はどこですか？手、足、お腹、その他 ()) いいえ
- のぼせることはありますか？ はい いいえ
- 肌荒れはしやすいですか？ はい いいえ
- 肌が痒くなったり、湿疹が出たりしやすいですか？ はい いいえ
- 口内炎はできやすいですか？ はい、いいえ

※月経に関するご質問は女性のみご記入ください

- 月経は順調ですか？ 順調 不順 (早まる、遅れる、ない)
- 閉経は何歳のときですか？ 歳
- 月経痛はひどいですか？ はい いいえ
- 月経時にからだの不調はありますか？
ある (どんな症状？) あまりない ない
- 月経時にこころの不調はありますか？
ある (どんな症状？) あまりない ない
- 月経前からからだの不調はありますか？
ある (どんな症状？) あまりない ない
- 月経前にこころの不調はありますか？
ある (どんな症状？) あまりない ない
- 月経前の不調は、月経が始まると軽快しますか？ はい いいえ

■ **お酒は飲みますか？**

はい（種類 _____、1日量 _____、頻度（ _____ 回/週） いいえ

■ **タバコは吸いますか？**

はい（1日何本 _____、何歳から _____） いいえ やめた（いつ頃から _____）

■ **携帯電話やゲームはよく利用しますか？**

はい（ _____ 時間/日） いいえ

■ **運動はしますか？**

する

（何を？ _____ 週に何回？ _____ 1回どの位の時間？ _____）

あまりしない しない

■ **ご家族の構成をお書きください（同居の方には○をしてください）**

祖父（ _____ 歳）、祖母（ _____ 歳）、父（ _____ 歳）、母（ _____ 歳）

兄（ _____ 歳）、姉（ _____ 歳）、弟（ _____ 歳）、妹（ _____ 歳）

配偶者（ _____ 歳）、息子（ _____ 歳）、娘（ _____ 歳）、ペット（ _____ ）

■ **ご家族の方で、心療内科、精神科で治療されている方、治療されていた方はいらっしゃいますか？**

いる（どなた？ _____ 病名？ _____） いない

■ **薬についてお聞きします**

薬を希望する 必要であれば出してほしい なるべく薬は使いたくない 薬は使いたくない

■ **心理検査、カウンセリングを希望しますか？**

はい いいえ 関心はある

■ **当院の受診のきっかけは？**

ホームページを見て 知人の紹介 他機関からの紹介 学校からの紹介

その他（ _____ ）

■ **その他、当院へのご要望などがございましたらご記入ください**