

外来初診 問診票



医療法人社団 天紀会

こころのホスピタル町田



診察にあたり大切なことがらをお尋ねします。わかる範囲でけっこうですので、ご記入をお願いいたします。

この問診票は3ページあります。ご記入いただいた内容は、当院での診療行為に関してのみ使用いたします。

お名前：	記入者：本人・その他（ ）
------	---------------

◆本日の受診について、お聞かせください◆

◎いつ頃から、どのような症状でお悩みですか？

◎もともと、以下のような特徴に思い当たるものはありますか？当てはまるものに○をつけてください。

細かなことにこだわる ・ 他人と会話がかみあわないことが多い ・ 音/におい/光に敏感 ・
ちょっとしたミスが多い ・ 置き忘れ/持っていく忘れが多い ・ じっとしているのが苦手 ・ あきっぽい
とても元気になることが時々ある ・ 思い出したくないことが頭によぎって苦しいことがよくある ・
記憶が飛んでいることがある ・ 友人や同僚との友好的な関係が長く続かない

◎これまでに精神・こころの不調で病院を受診したことはありますか？ はい ・ いいえ

◎本日の受診はどなたのお考えですか？ 自分で受診しようと思った ・ () のすすめ

◎本日の受診について、家族や知人に話していますか？ はい ・ いいえ

◎医師の判断で行われますが、当院でご希望のサポートはありますか？

書類作成・福祉サービスの情報提供・入院相談・栄養相談・心理士のカウンセリング・心理テスト

◎当院を受診しようと思われたのはどのような経緯ですか？

() のすすめや紹介・ホームページ・看板や広告・評判を聞いて・口コミを見て・
早めに予約が取れた・近い・通いやすい・その他()

◎当院にどのようにいらっしゃいましたか？ 送迎バス・車・バイク・タクシー・自転車・徒歩・その他

◆お体の状態について、お聞かせください◆

◎現在治療中、あるいは、今までにかかったことのある病気やケガに○をつけてください

なし・緑内障・糖尿病・ガン(どのような:)・膠原病(どのような:)
・高血圧・脂質代謝異常症(高脂血症、脂質異常症)・脳梗塞・脳出血・狭心症・心筋梗塞・
事故等のケガで治療を受けた(どのように:)
その他のご病気がありましたらお書きください：

◎現在、飲んでいるお薬があればお書きください(お薬手帳などがありましたら受付にお見せください)

◎合わなかったお薬・食物・その他アレルギーがあればお書きください(例：カニ⇒口がはれた)

◎利き手に○をつけてください

右 ・ 左 ・ 矯正して右 ・ 矯正して左

2枚目へ



◎タバコ、アルコール、その他の薬品のご使用についてお書きください

タバコ : 1日 本くらい (歳 ~ 歳まで)
 アルコール : を 1日 杯くらい (歳 ~ 歳まで)
 その他 (市販薬、サプリ、麻薬、覚醒剤 等 過去の使用も含む) :

◆ご家族について、お聞かせください◆

◎以下に、あなたも含めたご家族のご年齢、ご職業、ご病気について、さしつかえない範囲でお書きください。

例) 【実父/68/元会社員/高血圧】 【実母/70/専業主婦/ガンで死去】 【継父/66/会社経営/心臓の病気】 【兄/40/公務員/うつ病】 【わたし/37/会社員/喘息】 【妻/33/パート/なし】 【娘/7/小学生/なし】 ※同居の方に○をつける

	続柄	年齢	職業	病気 (あれば)		続柄	年齢	職業	病気 (あれば)
親	実父				配偶者・パートナー				
	実母								
きょうだい					子ども・孫				

◎あなたの現在の婚姻状況 未婚 / 初婚 / 事実婚 / 再婚 / 離婚 / 死別

◎ご家族に精神科/心療内科/神経科に通院された方はおられますか? (亡くなった方、治った方も含みます)

いない ・ いる (「いる」の場合はどなたがどのようなご病気でお通院していましたか? 下にお書きください)

◆現在、社会保障制度や公的サービスを利用されている方は、わかる範囲で○をつけてください◆

◎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・申請中・あり (精神 級 / 知的 級 / 身体 級)

◎年金支給 なし・老齢年金 (基礎・厚生) ・障害年金 (級) ・遺族年金

◎福祉サービス 訪問診療(往診)/訪問看護/ホームヘルプ/配食サービス/その他 ()

◎施設利用

入所: 精神障害者施設・知的障害者施設・身体障害者施設・児童施設・高齢者施設・その他 ()

通所: デイサービス・ショートステイ・デイケア・その他 ()

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

◎介護サービス 使用しているサービス名:





◆今までのご生活について、お聞かせください◆

◎これまでに住まれた場所を、わかる範囲でお書きください 例) 岩手生まれ→横浜緑区→相模原上溝→小山

◎最後に出られた学校のお名前（分からない場合は、小学校・中学校・・・だけでもけっこうです）

◎ご職歴がございましたら、お書きください。

期間（○歳～△歳）	仕事内容（例：飲食店で調理 など）	充実度
		良かった・普通・良くなかった
		良かった・普通・良くなかった
		良かった・普通・良くなかった
		良かった・普通・良くなかった
		良かった・普通・良くなかった

◆ふだんのご生活についてお聞かせください◆

トイレに行くことは

問題ない・大変なときもある・難しくなった

一人で食べたり飲んだりすることは

問題ない・大変なときもある・難しくなった

道具（爪切り、ペン、はさみ、歯ブラシなど）を使うことは

問題ない・大変なときもある・難しくなった

服装を自分で選んだり着替えたりすることは

問題ない・大変なときもある・難しくなった

身だしなみを整える（顔/髪/手を洗う、歯磨きなど）ことは

問題ない・大変なときもある・難しくなった

お風呂に入ることは

問題ない・大変なときもある・難しくなった

車/バス/電車などを使って外出することは

問題ない・大変なときもある・難しくなった

自分に必要な物のお買い物をすることは

問題ない・大変なときもある・難しくなった

機械（携帯電話、リモコン、洗濯機など）を使うことは

問題ない・大変なときもある・難しくなった

お金の管理をすることは

問題ない・大変なときもある・難しくなった

◎気の休まる場所や元気になれる場所（人付き合い）はありますか

ない・ある（

◆以下に当てはまることがありましたら、○をつけてください◆

気が散りやすく、集中できないことが増えた ・ 探し物が増えた ・ “ながら作業” が苦手になった ・
1, 2 日前のできごと（言われたこと、ニュース、昨日の晩御飯など）を思い出せないことが増えた ・
日付や曜日が分からなくなることが増えた ・ 道に迷ったり、目的地に行かれないことがある ・
身近な人の名前が言えないことが増えた ・ 自分の言いたいことがうまく言えないことが増えた ・
慣れていたはずの作業（薬を飲む、ゴミ出し、料理、運転など）に失敗が増えた



以上のような困りごとは

日によって違う・少しずつ出てきたと思う・急に出てきたと思う

見間違いや幻を見る ・ 実際にはない音や声が聞こえる ・ 寝言や夜に起きだすことが増えた
物が見当たらないと、盗まれたと思う ・ 細かなことでイライラしたり、カッとなりやすくなった ・
荒い口調や暴力が出てしまうことがある ・ 夜、よく眠れないことが増えた ・ 遠慮が減ってきた
目についたものをすぐに手に取ろうとする ・ 以前より意欲が落ちた、無気力になった ・
歩き方が変わった ・ 転びやすくなった ・ 目が悪くなった ・ 耳が悪くなった



4枚目へ



◆その他、気になっていること、医師に伝えておきたいことがありましたらお書きください◆

これで問診票の記入は終わりです。ご協力ありがとうございました。

