医）唐虹会　虹と海のホスピタル

**問診票**

**初診：成人**

ふりがな

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 性別：　男　・　女　　／記載日：　　　年　　　月　　　日

生年月日：　T・　S　・　H　・　R　　　　　年　　　月　　　日（　　　　歳）

同伴者：氏名　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）

記入者：氏名　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）

この問診表は、ご本人の状況をしっかりと把握し、診療に役立てるため、大変重要な情報となります。

そのため、項目が多くなっております。お手数をおかけしますが、ご協力をお願いします。覚えていない、

わからない場合は、その旨を記入欄にご記入下さい。なお、当院は個人情報保護法を遵守しております。

**○　相談内容（何についてお困りですか、ご相談したい内容は何ですか）**

（例：不眠、気分の落ち込み、もの忘れ、など）

**○　上記ご相談内容について具体的にご記入下さい。**

（いつ頃から、何がきっかけで、どのような症状があった・続いている、など）

**○　当院にどのようなことを希望されますか（複数回答可）**

□診断　　□検査　　□対応方法について　　□今後について　　□その他（　　　　　　　　）

ID（　　　　　　　）／初診日　　　　年　　　月　　　日

**○　今までに心療内科・精神科で治療を受けたことがありますか？**

**治療された順にご記入下さい。**

**【通院歴】**

|  |  |
| --- | --- |
| **期間　　年月　又は　年齢をお書きください** | **医療機関名** |
| **年　　月（　　　）歳　～　　　　年　　月（　　　）歳** |  |
| **年　　月（　　　）歳　～　　　　年　　月（　　　）歳** |  |
| **年　　月（　　　）歳　～　　　　年　　月（　　　）歳** |  |
| **年　　月（　　　）歳　～　　　　年　　月（　　　）歳** |  |
| **年　　月（　　　）歳　～　　　　年　　月（　　　）歳** |  |

**【入院歴】**

|  |  |
| --- | --- |
| **期間　　年月　又は　年齢をお書きください** | **医療機関名** |
| **年　　月（　　　）歳　～　　年　　月（　　　）歳** |  |
| **年　　月（　　　）歳　～　　年　　月（　　　）歳** |  |
| **年　　月（　　　）歳　～　　年　　月（　　　）歳** |  |
| **年　　月（　　　）歳　～　　年　　月（　　　）歳** |  |
| **年　　月（　　　）歳　～　　年　　月（　　　）歳** |  |

**○　これまでに心理検査を受けたことがありますか**

　□　　いいえ

　□　　はい（検査名：　　　　　　　　　　　　　　　　　実施時期：　　　　　　　　　　　　　）

**○　今までに定期的な通院または入院が必要な大きな病気や怪我、手術をされたことはありますか？**

　□　　いいえ

　□　　はい

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病名 | いつ頃 | 治療内容（外来、入院、手術） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**○　現在、受診している病気はありますか？**

□　　いいえ

　□　　はい

|  |  |
| --- | --- |
| 病名・症状 | 病院名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**＜現在の様子について＞　当てはまる項目にチェック（☑）してください。**

**○　睡眠の問題**□ある　□ない

就床時間（　　　：　　　）、起床時間（　　　：　　　）

　　（※複数回答可）

□寝つきが悪い　　□夜中に目が覚める　　□朝起きられない　　□寝すぎる

□昼夜逆転　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**○　睡眠薬の使用歴**□ない　　□ある（薬剤名：　　　　　　　　　　いつから：　　　　　　　）

**○　食欲**□ある　□ない　□ムラがある

**○　体重変動**　□ある　□ない

　　　　　　　　ある・・・（　　　　　　年　　　　　月頃から　　　　　ｋｇ　　減　・　増　）

**○　気分の問題**□ある　□ない（複数回答可）

□イライラしやすい　　□落ち込んでいる　　□怒りっぽい　　□気分の波がある

□すぐ泣く　　□引きこもっている　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）

**○　飲酒習慣**□ある　□ない

□　お酒の種類　（例：ビール。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　飲酒量　　（例：500ml×1本。 　）

□　飲酒頻度　（　月に1回または1回未満　・　週に1～2日　・　週に3～4日　・　毎日　）

**○　喫煙習慣**

□ない　　□ある（　　　本／日）

**○　薬物（大麻、コカイン、マリファナ、覚せい剤、など）を使用したことがありますか**

□いいえ

　□はい　（種類：　　　　　　　　　いつからいつまで：　　　　　　　　使用頻度：　　　　　　　　）

**○　アレルギー**

　　・食品　　□ない　□ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・薬品　　□ない　□ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・その他　□ない　□ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**○　女性の方のみ**

・月経　（　順調　・　不順　／　閉経　　　　　歳頃　）

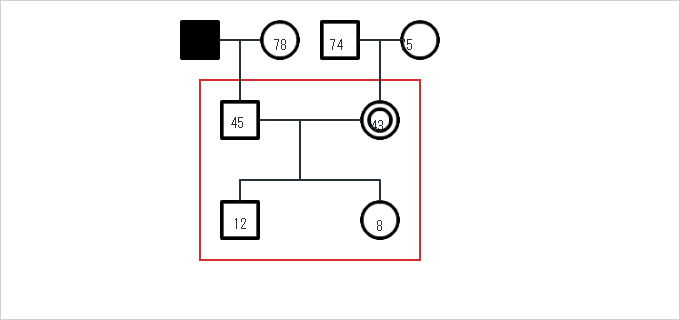
・妊娠の可能性はありますか？　（　妊娠中: 週　　・　いいえ　・　わからない　）

**○　ご家族構成および家系図についてご記入ください**

※　両親、兄弟、配偶者、子供を記入して下さい。その他同居されている方もご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 名前 | 年齢 | 職業 | 同居家族に○ | 居住地 |
| 例）夫 | 和夫 | 45歳 | 会社員 | ○ |  |
| 例）長男 | 一郎 | 12歳 | ○○小学校△年 | ○ |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

家系図



□男性　○女性　■男性（他界）　●女性（他界）

記入例

**○　ご家族の中で精神科・心療内科を受診された方はいらっしゃいますか**

　□　いいえ

　□　はい　　（誰が：　　　　　　　医療機関名：　　　　　　　　　病名：　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　（誰が：　　　　　　　医療機関名：　　　　　　　　　病名：　　　　　　　　　　　）

**＜生育歴＞　※出生から現在までのことについて、可能な限りご記入をお願いします。**

　・出生地：

　・発育・発達について

・健診での指摘はありましたか？

　□いいえ　　□はい：（　　）歳児健診で（　　　　　　　　　　　　　）を指摘された

＜小学校＞

・出身校：　　　　　　　　　　　（　　普通級　・　支援学級　・　支援学校　）

・習い事：

・成績：　上　・　中　・　　下

・友人関係：　多い　　・　少ない　・　いない

・登校渋りや不登校：　　なし　　・　　あり　　　　時期：

・学校で困ることはありましたか？　（　　あり　　・　　なし　　）

　□友達との関係　　□いじめ　　□勉強について　　□忘れ物や失くしものが多い

　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＜中学校＞

・出身校：　　　　　　　　　　　（　　普通級　・　支援学級　・　支援学校　　）

・習い事：

・成績：　上　・　中　・　　下

・友人関係：　多い　　・　少ない　・　いない

・登校渋りや不登校：　　なし　　・　　あり　　　　時期：

・学校で困ることはありましたか？　（　　あり　　・　　なし　　）

　□友達との関係　　□いじめ　　□勉強について　　□忘れ物や失くしものが多い

　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＜高等学校＞　　卒業　　・　　中退

・出身校：　　　　　　　　　　（　全日制　・　定時制　・　通信制　）

・成績：　上　・　中　・　　下

・友人関係：　多い　　・　少ない　・　いない

・登校渋りや不登校：　　なし　　・　　あり　　　　時期：

・学校で困ることはありましたか？　（　　あり　　・　　なし　　）

　□友達との関係　　□いじめ　　□勉強について　　□忘れ物や失くしものが多い

　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＜大学＞　　　卒業　　・　　中退

・出身校：

・専攻：

・成績：

・友人関係：

・学校で困ることはありましたか？

　□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＜専門学校・その他＞

・出身校：

・専攻：

・成績：

○　婚姻歴　□ない　□あり（　　　歳時）

○　離婚歴　□ない　□あり（　　　歳時）　／　○　再婚歴　□ない　□あり（　　　歳時）

**＜職歴＞　　これまでの職歴を順にご記入ください。**

|  |
| --- |
| （例）○○株式会社　○○年（○○歳）入社　、○○年（○○歳）退社 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　・現所属部署：　　　　　　　　　役職：　　　　　　　主な業務内容：

　　※休職中・・・（　　　　年　　　月から）

**＜その他＞**

○　元来、どのような性格ですか？周りからはどのような性格だと言われますか

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

○　趣味やご本人なりのリラックス法はありますか。また、今もそれは実践できていますか

　□いいえ

　□はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

○　福祉サービス等の利用状況について

　・障害者手帳を持っていますか？（　はい　・　いいえ　）

はい・・・　精神保健福祉手帳（　　級）　・　療育手帳（　　）　・身体障害者手帳（　　級）

　・障害年金は受給していますか？　（　はい　・　いいえ　）

はい・・・（　基礎　・　厚生　　　　級）

　・利用している障害福祉サービス

□ヘルパー　□ショートステイ　□生活介護　□就労継続支援B型　□就労継続支援A型

□就労移行支援　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

○介護保険の利用状況について

　介護認定を受けていますか？

　□いいえ

　□はい（現在の介護度：　　　　　　　担当ケアマネージャー：　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　（担当CM所属機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

○　その他、気になることはありますか

**※ 問診票はここまでです。ご協力ありがとうございました。**

**記入漏れがないかご確認ください。**