

患者 ID :

メンタルヘルス外来問診票

西暦 年 月 日

患者氏名 (ふりがな)

生年月日

年齢

記入者 本人 ご関係者 (続柄)

ご記入をお願いします。当てはまるところを○で、書きたくない所は空欄のままです。

1. 今までに、食べ物、薬、麻酔、注射などでアレルギーや異常が出たことはありますか。

いいえ

はい⇒食べ物 ()

薬品 ()

その他 ()

2. 女性の方にお聞きします。

現在妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか いいえ はい

3. 治したい症状、お困りのこと、それはいつからかをお書き下さい。

① _____ (年 月 日頃から)

② _____ (年 月 日頃から)

③ _____ (年 月 日頃から)

その後の経過は? ・ よくなった ・ 波がある ・ 変わらない ・ 悪くなった

そのことで受診されたことは? ・ ない ・ ある 通院 入院 (病院名)

はじめに _____ 病院 _____ 科 _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで

最近 _____ 病院 _____ 科 _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで

4. 薬は? ・ 飲んでいる ・ 飲んだことがある ・ 飲んだことがない

お薬手帳を持参されましたか? ・ はい

・ いいえ (ご存じであれば、主な薬の名前と、1日の量を記入して下さい)

① _____ 錠(朝・昼・夕・眠前) ③ _____ 錠(朝・昼・夕・眠前)

② _____ 錠(朝・昼・夕・眠前) ④ _____ 錠(朝・昼・夕・眠前)

運転や危険な作業に従事されていますか? ・ はい ・ いいえ

5. 症状チェックリスト:

最近の状態について空欄に記入し、当てはまるものにしるしをつけてください。

●: 特に困る症状 ○: 症状あり △: 症状あるかも 無印: 症状なし

・ 最悪だった時のつらさを 10 とすると、今のつらさは _____ くらい。

・ 処方薬の服用率はだいたい _____ %

・ 身長 _____ cm ・ 元来の体重 _____ kg 最近、やせた・太った()kg

患者 ID :

- ・ 血圧 _____ / _____
- ・ 脈拍 _____ 回 / 分
- ・ 利き手 (右 ・ 左)

- ・ 胃がむかむか ・ 食欲がない (普段の _____ %) ・ 食べ過ぎ ・ 吐く ・ 下痢 ・ 便秘
- ・ 胸がドキドキ ・ 立ちくらみ ・ めまい ・ 発疹 ・ 目がかすむ ・ 尿が出にくい ・ 月経不順
- ・ 乳汁分泌 ・ 性機能障害 ・ 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 ・ 姿勢や動きが固い ・ 熱が出た
- ・ 体が勝手に 震える ・ 動く ・ ねじれる (口 ・ 舌 ・ 首 ・ 手 ・ 足 ・ 胴 ・ 眼球 ・ _____)

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 ・ 寝たがらない
- ・ 途中で覚める ・ 夢が多い ・ 熟眠感がない ・ 朝覚めるのが早すぎる ・ 眠くて困る (朝 ・ 昼)
- ・ いびき大 ・ 頭痛 ・ 頭が重い ・ 首筋や肩がこる
- ・ 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 ・ ゆうつ ・ 孤独感 ・ 口数が減った
- ・ 物事を楽しめない ・ 夜より朝がつらい ・ みんなに迷惑をかけている
- ・ 仕事、家業、学業ができない ・ 生きているのがいや ・ 自殺しそう ・ 試みた
- ・ 考えがまとまらない ・ 人に見られている感じ ・ うわさされている感じ
- ・ 姿が見えないのに声が聞こえる ・ 興奮する ・ 気分がハイ ・ 怒りっぽい
- ・ 人や物にあたりそう ・ 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
- ・ 物忘れ ・ 自分で身の周りのことができない ・ 家族に無断で出歩く

その他の困った症状 ・ 行動 _____

6. おいでになったいきさつ ・ ご自身の意思で ・ _____ のすすめで
来院同伴者は? ・ なし ・ あり (名前 _____ ご関係 _____)
今日来るきっかけとなった出来事がありましたか? ・ ない ・ ある (_____)
これが原因かな? と、ご自身や家族が案じられている出来事や病名は? ・ ない ・ ある (_____)
ここでしてほしいことは? ・ 診断 ・ 処方 ・ 入院 ・ 説明や助言 ・ 書類作成 ・ 他施設を紹介
・ その他 (_____)

7. これまでの健康状態 (当てはまるものを○で囲んで下さい)

- (出生時) ・ 難産 ・ 未熟児 ・ しばらく泣かなかった
- (子供のころ) 発達の遅れ (運動 ・ 言葉) ・ ひきつけ / けいれん ・ 落ち落きがなかった
- ・ 忘れ物が多かった ・ 整頓ができない ・ 友達ができにくかった ・ いじめられた
- ・ 頭を強く打った ・ 気を失った ・ 血圧高い ・ 血圧低い ・ 心臓病 (_____ 歳 ~)

患者 ID :

- ・糖尿病(____歳～) ・腎臓病 ・脳梗塞、脳出血(____歳～)
- ・感染症疾患 (肝炎・性感染症・その他____) ・緑内障 ・前立腺肥大
- ・アトピー ・ぜんそく

アルコールは ・飲まない・たまに飲む・よく飲む・ほとんど毎日飲む

今までかかった他の病気とその年齢

①病名	年齢	歳
②病名	年齢	歳

8. 性格で、あてはまるものを全て○で囲んで下さい。

- ・明るい ・楽天的 ・あっさり ・交際が広い ・礼儀正しい ・がんこ ・短気
- ・怒りっぽい ・あきやすい ・派手好き ・わがまま ・負けず嫌い ・無口
- ・気むずかしい ・愛想がない ・交際せまい ・きちょうめん ・仕事好き ・ねばる
- ・責任感強い ・遠慮深い ・自信がない ・臆病 ・人にとけこめない
- ・趣味 なし・あり _____ ・信じている宗教 なし・あり (_____)

9. 住居・家族・経済状況について

父は____歳で健在・死去 母は____歳で健在・死去

兄弟姉妹本人含めて(____)人中、本人は(____)番目

配偶者 いる(年齢____、職業____) いない(未婚・離別・死去)

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

同居者 なし・あり(ご本人との関係____、____、____)

血縁者で心療内科・精神科に受診経験のある人は なし・あり(_____)

住宅 ・持ち家 ・賃貸 ・一戸建て ・アパート/マンション ・その他

経済状態 ・らく ・普通 ・苦しい *自立支援申請なし・あり(____歳から)

10. これまでの生活

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

成績は 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・アルバイト歴は なし/あり(最初は____歳ころ、仕事内容は_____)

現在の主な役割 ・家事 ・学業 ・仕事(内容____、お立場_____)

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 ・なし ・少しある ・大いにある 内容(_____)

これまでに書けなかった悩み(あれば) _____

11. 医師・医療へのご要望は? _____