

この問診表は、初めて病院にお越しいただく方にご記入をお願いしております。適切な病状把握の為、ご協力をお願いします。

記載日 年 月 日：記載者氏名（ ）本人との関係（ ）

I どのような希望で来られますか？ 通院 入院 診断 検査 その他（ ）

フリカゝナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> どちらでもない	生年月日	年 月 日 (満 歳)
本人氏名					
本人住所		T e l			
フリカゝナ		続 柄			
家族氏名		T e l			
家族住所		家族連絡先			

II 1) 受診時に相談したいお困りのことや症状は何ですか？

- 意欲がわからない 眠れない 食欲がわからない 不安 感情が不安定 イライラ 些細なことで興奮しやすい
喜怒哀楽が激しい しゃべりすぎる 無駄遣いをよくする 生きているのが嫌になる 自分なんかいない方がよい
死んでしまいたい 話しかける声が聞こえる 実際にみえないものが見える 自分の噂をされている 過食 拒食
もの忘れ 徘徊 日付がわからない 時間がわからない 場所がわからない 物を盗られたと訴える 不潔行為
 →具体的にもお教えてください

2) いつ頃からそれは始まりましたか。 年 月 日頃（ 歳頃）から（突然に・徐々に）

3) 思い当たるきっかけはありますか？（はい・いいえ）→はいの方は具体的にお教えてください

4) 睡眠・食事状況についてお教えてください。

睡眠：AM・PM（ ）時頃からAM・PM（ ）時頃まで寝ている。 途中（ ）時頃に目が覚める事がある。

その他：

食事：3食リズムよく食べられている 1食は抜いてしまう事が多い。 食べる事が出来ない

その他：

5) 身長/体重： cm/ Kg ・体重の増減はありますか？（はい・いいえ）

→はいの方は（期間/Kg： カ月で Kg減った・増えた）

III ご本人について、現在に至るまでのことをお教えてください。

1) 兄弟・姉妹等の家族について

（ ）人兄弟・姉妹の（ ）番目、（ ）出身。

・兄弟姉妹の構成⇒ 兄（ ）人・姉（ ）人・弟（ ）人・妹（ ）人

・結婚歴はありますか？（はい・いいえ）⇒ 歳で結婚（子 人）

・離婚歴はありますか？（はい・いいえ）⇒ 歳で離婚

・再婚歴はありますか？（はい・いいえ）⇒ 歳で再婚（子 人）

現在のご家族構成をお教えてください。

名前	続柄	年齢	職業	同居	精神科・心療内科受診歴

2) 乳幼児健診で指摘を受けたことがありますか？ (□はい・□いいえ)

→はいの方は具体的にお教えてください。

3) 学生時代の事についてお教えてください。

交友関係はどうでしたか？ (□良かった・□悪かった)

→具体的にもお教えてください

学生時代の成績について

学校名		成績
	小学校	□上・□中の上・□中・□下の上・□下
	中学校	□上・□中の上・□中・□下の上・□下
	高等学校	□上・□中の上・□中・□下の上・□下
	大学	□上・□中の上・□中・□下の上・□下

最終学歴をお教えてください。

(学校名： (尋常・高等)小学校, 中学校 ・ 高校 ・ 大学 ・ 専門学校) / 卒業 ・ 年生在学中

年生時中退 ・ 休学中 (いつから：) 留年経験：□有 □無 / 浪人経験：□有 □無

a) 出席状況はどうでしたか？

□特に休む事はない □遅刻・早退が多い □時々休む □休学 (年 月～ 年 月まで)

b) 学校生活で困っていることはありますか？ (□はい・□いいえ)

□学校に行けない □人間関係にストレスを感じる・疲れている □友人とのトラブルが多い

□その他 (具体的に：)

c) 部活動 (サークル) に入部していますか？

□はい→ (部活名：) ・ □いいえ

4) お仕事についてお教えてください

a) 仕事の経験はありますか？ (□はい・□いいえ)

b) 現在、仕事をされていますか？ (□はい・□いいえ) S・H・R 年～現在まで □正社員 □パート

c) 1日の労働時間はどれくらいですか？ (時間) 夜勤はありますか？ (□あり・□なし)

d) 今までの職歴を教えてください。

いつ頃	会社名	仕事内容	雇用形態
			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト
			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト
			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト
			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト
			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト

e) 仕事上で困っていることはありますか？（はい・いいえ）

仕事に行けない 仕事のミスが多い 業務についていけない ハラスメントを受けている

→他にもあればお教えてください。

--

5) サービスの利用について使用されていますか？（はい・いいえ）→はいの方は具体的にお教えてください。

機関名	担当者	内容	利用頻度

6) 趣味はありますか？（はい・いいえ）

→具体的にお教えてください。

--

7) どのような性格だと言われますか？

--

IV これまでに受けられた医療についてお教えてください

1) これまでに精神科・心療内科を受診されたことはありますか？（はい・いいえ）

医療機関名	病名	いつから	いつまで	年齢	治療内容
					<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来
					<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来
					<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来
					<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来

2) これまでに大きな病気や怪我、手術の経験はありますか？（はい・いいえ）

医療機関名	病名・ケガ	いつから	いつまで	治療内容
				<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 手術
				<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 手術
				<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 手術
				<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 手術

3) 現在治療中の病気がありましたらお書きください。飲まれているお薬や通院しておられる医院や病院もお書きください。

--

4) 喫煙・飲酒・アレルギー等についてお教えてください

a) たばこは吸いますか？（はい・いいえ・過去に吸っていた）⇒いつ頃から： 歳頃/1日の本数： 本を 年間

b) アルコール飲料は飲みますか？（はい・いいえ・過去にのんでいた）

→いつ頃から： 歳頃/1日の量：ビール ml・日本酒 合・その他

→毎日飲酒 週 日程度 機会飲酒 その他（ ）

c) 違法薬物や危険ドラッグの使用、有機溶剤吸引をしたことがありますか？（はい・いいえ・過去に使っていた）

→いつ頃： /種類：

d) 薬や食べ物にアレルギーはありますか？（はい・いいえ）

たまご 牛乳 小麦 そば 落花生 えび かに その他の食品（ ）

薬（名称→ ）

e) 以下の項目に該当する方はチェックをお願い致します。

閉塞性緑内障 糖尿病 心臓病（ ） 妊娠中（ 週目）・妊娠を希望している

< 受診・入院についてのご案内 >

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

※ 入院にあたって持ち込みをお断りしている物

現金、貴重品（指輪等）、危険物（刃物・ナイフ等、タイツ、ストッキング、ベルト、ひもやひも付きの衣類）、装飾品（ピアス、イヤリング、ネックレス、ピン止め等）、火気類（ライター、マッチ等）、アルコール類、薬品、ゲーム機、ビン類、生花、常温保存できないもの（果物、シュークリームなどの生菓子、惣菜等）
主食となるもの（菓子パン、もち類、麺類等）、スプレー缶（制汗、整髪剤等）
容易に取れないもの（マニキュア、除光液、油性マジック等）、携帯電話

※ 入院にあたって必要な持ち物

- 普段着（上・下）3組程度 下着（肌着・パンツ等）5組程度 使い捨てマスク（50枚程度）
- パジャマ 2組程度 ※病院でレンタル（病衣）も可能です。（1日77円）
- 靴下数組（名前がわかりにくい黒色等の靴下は控えて下さい）
- BOXティッシュ・ウエットティッシュ（ポータブルトイレを使用される方等）
- 洗面用具（歯ブラシ、歯磨き粉、洗顔フォーム等）
- 入浴用具（洗面器、シャンプー、リンス、ボディーソープまたは石鹸）
- ハンドタオル（洗面用）数枚 湯茶用コップ（プラスチック製品）
- 履き物（ひも付きは禁止、はきやすいもの）
- 500ml のペットボトル（お茶等、保管場所が限られておりますので、大量の持込はご遠慮ください）
- おやつ（スナック菓子等腐らないもの） 生理用品（女性の方）
- 電気シェーバー（男性の方、T字カミソリはご遠慮ください）
- その他・義歯関連（義歯容器、洗浄剤、安定剤）・シルバーカー、老眼鏡、補聴器、食事用エプロン、スプーン等、個別に必要なもの

※ 持ち物には、必ず名前を記載して頂きますよう、宜しくお願いします。

※ 病棟によっては不要の物もあります。不明な点や質問等があれば、病棟スタッフへご相談ください。