

# 女性のこころ専門外来

## 問 診 票

☆初診の患者様へ☆

診察に必要な事柄について事前に問診いたします。さしつかえない範囲でご本人または同伴の方がご記入、または該当する箇所に○をつけて下さい。(分からない箇所は空欄で結構です)。

\*なお他の精神科・心療内科から転院される場合は紹介状が必要となります。

ご本人 お名前 \_\_\_\_\_ 様 年齢 \_\_\_\_\_

記入日： 年 月 日

記入者は？ ⇒ ・本人 ・代筆(氏名 \_\_\_\_\_) : ご関係 \_\_\_\_\_ )

一緒にいらした方は？ 氏名 \_\_\_\_\_ : ご関係 \_\_\_\_\_

1. 本日、どのようなことをご相談にみえましたか？

1. こころの変調…おちこみ、うつ、不安、いらいら、意欲低下、興奮
2. 生活の変調…不眠、眠気、食欲不振、食欲減退、体重増加
3. からだの症状…のぼせ、ほてり、発汗、動悸、肩こり、のどのつかえ、しびれ、冷え、めまい、耳鳴り、他( \_\_\_\_\_ )
4. 人間関係の悩み…パートナー(夫、交際相手)、子供、舅姑、職場、他( \_\_\_\_\_ )
5. 育児の悩み…( \_\_\_\_\_ )
6. 性生活の悩み
7. その他( \_\_\_\_\_ )

2. いつ頃からですか？

・最近 ・以前から

\_\_\_\_\_ 年 月 日 頃から : ( \_\_\_\_\_ ) 歳頃から

3. これまでに精神科を受診したことはありますか？

・今回が初めて ・以前受診(通院または入院)したことがある

4. 現在、他院の精神科に通院中ですか？

・いいえ ・はい: 医療機関名 \_\_\_\_\_

紹介状の有無 ( 有 ・ 無 ) 転院は紹介状必要です

5. 当院への受診を家族、知人、役所、保健所などから勧められましたか？

・いいえ ・はい ⇒ \_\_\_\_\_ から勧められた。

6. 同居されているご家族は？

☆裏面に続きます☆

【既往歴／他科受診／アレルギー等】

7. 過去に、身体の病気やケガで入院や手術、通院をしたことがありますか？

・なし ・あり：何歳頃？.....：疾患名.....

8. 現在、治療中の疾患や持病はありますか？（高血圧、糖尿、肝炎、頭部外傷、てんかん、白内障等）

・なし ・あり：疾患名.....：医療機関名.....

9. 現在、服用中のお薬はありますか？

・なし ・あり：.....

10. 食物や薬のアレルギーはありますか？

・なし ・あり：.....

11. 現在妊娠している可能性はありますか？

・なし ・あり：最終月経.....月.....日.....

12. 妊娠している場合お答えください

・妊娠 週 第 子  
出産 回 流産死産 回

13. お子さんがいらっしゃる方はお答えください

・第一子 歳 性別：男・女  
・第二子 歳 性別：男・女  
・第三子 歳 性別：男・女  
・第四子 歳 性別：男・女

14. 結婚歴についてお答えください

・未婚、既婚、事実婚、離別、死別

14. タバコを吸いますか？ ⇒ ・吸わない ・吸う（1日の本数：.....）

15. 違法薬物などの使用歴は？ ⇒ ・ない ・ある（種類：.....）

16. 晩酌など、お酒を飲む習慣はありますか？

・ない ・ある  
種類？.....どのくらいの量？.....  
頻度： ・誘われたら飲む程度 ・月に1～2回 ・週に1～2回  
・週に3日以上 ・ほとんど毎日 ・その他

16. 趣味、息抜きがあればおしえてください

☆終わりましたら外来窓口までお持ち下さい。ありがとうございました☆