

問診票（心療内科）



おおくぼ総合内科クリニック

OHKUBO MEDICAL CLINIC of general internal medicine

20241015 T.OHKUBO

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名		性別・年齢	男・女			歳
住所	〒					
電話番号	自宅：（ ）		携帯： - -			

希望に沿った診療を行うためですので、お手数ですが、該当する□に☑をお願いいたします。

来院目的 検査等により原因を明らかにしたい 検査よりも症状をやわらげたり消してほしい
 転医希望 セカンド・オピニオン
 具体的に（ ）

持参書類 なし 紹介状 その他（ ）

職務状況 すでに勤務(登校)に支障をきたしている … 欠勤(欠席)まで 休職中 年 月（ 歳）～
 働いていない

発症日	症状
年 月～	
年 月～	
年 月～	

現在もっている病気 なし あり ↓

病名	期間	通院中の病院名	薬剤名	今後の希望
	年 月（ 歳）～ 年 月（ 歳）			<input type="checkbox"/> 併診希望 <input type="checkbox"/> 当院に一本化
	年 月（ 歳）～ 年 月（ 歳）			<input type="checkbox"/> 併診希望 <input type="checkbox"/> 当院に一本化
	年 月（ 歳）～ 年 月（ 歳）			<input type="checkbox"/> 併診希望 <input type="checkbox"/> 当院に一本化

過去にかかった大きな病気（心療内科・精神科以外） なし あり ↓

病名	期間	通院中の病院名	薬剤名	状況
	年 月（ 歳）～ 年 月（ 歳）			<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中止
	年 月（ 歳）～ 年 月（ 歳）			<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中止
	年 月（ 歳）～ 年 月（ 歳）			<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中止
	年 月（ 歳）～ 年 月（ 歳）			<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中止

心療内科・精神科の受診歴 なし あり ↓

病名	期間	病院名	薬剤名	状況
	年 月（ 歳）～ 年 月（ 歳）			<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院
	年 月（ 歳）～ 年 月（ 歳）			<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院

血縁者の心療内科・精神科受診歴
 なし あり
 誰が []
 病名 []

薬・食べ物アレルギー
 なし あり
 該当する薬や食べ物のなまえ
 []

喫煙 なし あり やめた（ ）本/日 …（ ～ 歳まで）
飲酒 なし あり やめた（ ）まで 週（ ）日 種類・量（ ）

妊娠 なし あり →（ ）カ月 **授乳** なし あり →（ ）歳 カ月

2 枚目もご記入下さい

問診票（心療内科）



おおくぼ総合内科クリニック

OHKUBO MEDICAL CLINIC of general internal medicine

20241016 T.OHKUBO

睡眠状況	就寝（ ）時 起床（ ）時 … <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 寝ついたあと何度も目が覚めてしまう <input type="checkbox"/> 朝早く目が覚めてしまってそのまま眠れないことがある <input type="checkbox"/> 起きたときよく眠れた気がしない <input type="checkbox"/> 昼間の眠気がある
抑うつ	<input type="checkbox"/> 気分が落ちこむ <input type="checkbox"/> 集中力がかけてしまっている <input type="checkbox"/> 以前は楽しめていたことが今は楽しめない <input type="checkbox"/> 死にたいと思ってしまう
不安感	<input type="checkbox"/> 具体的な対象のないぼくぜんとした不安感が続いている <input type="checkbox"/> 戸締まりや火の元などが気になって何度も確認する <input type="checkbox"/> 人の前にでたり、発表したりするのが苦手で緊張が強い <input type="checkbox"/> 電車・バスなどに乗れない、映画館や外食ができない <input type="checkbox"/> 事故にあった・虐めにあったなどの経験があり思い出すと感情のコントロールが難しくなる
気分の変動性	<input type="checkbox"/> 気分にムラがあり、カッとなりやすい <input type="checkbox"/> 何かに急かされているような焦りを感じる <input type="checkbox"/> まわりがきちんとしてくれないといらいらすることがある <input type="checkbox"/> 羽目をはずしてしまったり、お金の無駄づかいを指摘されている
その他のこころの症状	<input type="checkbox"/> いろいろな考えが頭に浮かんで考えがまとまらない気がする <input type="checkbox"/> 誰かに見られている・聞かれている感じにとらわれている <input type="checkbox"/> 自分の考えを他人に読みとられている気がする <input type="checkbox"/> いないはずの人の声や物音に悩まされている <input type="checkbox"/> 自分には見えているのに周りの人には見えないといつも否定されてしまう <input type="checkbox"/> 掃除や片づけは昔から苦手な方である <input type="checkbox"/> 長時間待ったり、じっと静かにしていることは苦手でそわそわしてしまう <input type="checkbox"/> 空気を読むのは苦手な方である <input type="checkbox"/> いったん自分が決めたことを変更されるのは我慢できない
体重	<input type="checkbox"/> 体重の変化（変わらない 減少 増加）（ ）カ月に（ ）kg
身体症状	<input type="checkbox"/> 痛み … <input type="checkbox"/> あたま <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> おなか <input type="checkbox"/> 背中・腰 <input type="checkbox"/> 発熱・倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 食欲↓ <input type="checkbox"/> はきけ～嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ <input type="checkbox"/> 喉のつかえ感 手足のしびれ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき
仕事について	<input type="checkbox"/> すでに勤務に支障をきたしている（ <input type="checkbox"/> 欠勤まで <input type="checkbox"/> 休職中 年 月（ 歳）～ <input type="checkbox"/> もともと働いていない（専業主婦等）
具体的に	会社名職業 [] 勤続年数（ ）年間 [] 勤務内容 <input type="checkbox"/> システム・エンジニア <input type="checkbox"/> 営業・販売 <input type="checkbox"/> 企画・開発 <input type="checkbox"/> 人事 勤務時間 : ~ : (通勤時間 片道 :), 週 日勤務 <input type="checkbox"/> 忙しい <input type="checkbox"/> 残業が多い (月 40～59 時間 60～79 時間 80 時間以上) <input type="checkbox"/> ノルマがありこなすことが難しい <input type="checkbox"/> 仕事が楽しめない <input type="checkbox"/> 休みたいが、一度休んだらそのままになってしまいそうで休めない <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 人間関係に問題を感じている 具体的に誰に対して[]
家族について	結婚歴 [未婚・既婚・離婚・別居] 同居家族 [] <input type="checkbox"/> 介護の問題がある <input type="checkbox"/> 育児上の問題がある <input type="checkbox"/> 夫婦関係に問題がある <input type="checkbox"/> 仕事が楽しめない <input type="checkbox"/> 休みたいが、一度休んだらそのままになってしまいそうで休めない <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 人間関係に問題を感じている 具体的に誰に対して[]
頼りになる人	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 職場の上司 <input type="checkbox"/> 職場の同僚 <input type="checkbox"/> 友人
生育歴	<input type="checkbox"/> 特殊学級にいた <input type="checkbox"/> 虐めにあったことがある <input type="checkbox"/> 学校に行けなくなってしまったことがある 最終学校名 [] 卒業・在学・中退
来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 1 近隣・知人のご紹介 <input type="checkbox"/> 6 電話帳広告を見て <input type="checkbox"/> 2 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 7 新聞広告の折り込みチラシを見て <input type="checkbox"/> 3 通りがかり <input type="checkbox"/> 8 ホームページを見て <input type="checkbox"/> 4 バスの広告を見て <input type="checkbox"/> 9 情報誌を見て <input type="checkbox"/> 5 電柱広告を見て <input type="checkbox"/> 0 その他 ()

* ご協力ありがとうございました。