初診問診票1

記.	記入年月日: 年 月 日 記入者	: 本人・ 配偶者 ・ 親 ・ その他()			
_ 受	受診される方のお名前: (男	・女) 年齢 才			
_職	_職種 · 学校名:				
1. 主に困っていること、心配ごとはなんですか?					
0	O 人士マル特別の と病力のによるとうします。	h+++0 (+7 +1)			
۷.	 今までに精神科・心療内科にかかられたことはあ 「ある」と答えた方 	りよりか? (める ・ ない)			
	どちらの病院:()			
	いつごろ:()			
3.	3. 現在、体の病気はありますか? (ある	・ ない)			
	「ある」と答えた方				
	病名:()			
3.	3.今、現在、服薬している薬はありますか?	(ある ・ない)			
	「ある」場合	,			
4	薬剤名:() to t t t to 2			
4.	4. 家族または親族に精神科にかかっている方はおら 「いる」場合、どなたですか? (れますか? (いる・いない)			
	病名は?()			
5.	5. アレルギーはありますか? (ある ・	ない)			
	症状(
6.	6. アルコールは飲みますか? (はい ・	いいえ)			
7.	7. たばこは吸いますか? (はい ・	いいえ)			
g	8 当院をどこで知りましたか? (他院からの紹介	・友人・知人・インターネット・新問・その他)			

初診問診票2

あなたの状態を教えてください。以下の質問にチェック () してください。

寝つきが悪い、途中で目が覚める。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
あまり眠れていなくても、平気だった。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
何をしていても疲れやすい。やる気が出ない。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
食欲がない。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
性欲がない。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
体に不調を感じたことがある。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
けいれん・ひきつけを起こしたことがある。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
気持ちが落ち込んだり、憂うつになる。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
なんとなく不安で、イライラしやすい。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
不安で仕方ない。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
落ち着かないことが多い。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
自信が持てない。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
興味や意欲が持てなくなった。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
友人や職場の人と話したくなくなる。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
急に涙ぐんだり、泣きたくなる。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
若い頃は元気で活動的だった。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
死んだ方がまし、あるいは、自分を何らかの方 法で傷つけようと思ったことがある。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない
身の回りの人と、うまくやっていくことが困難に なった。	□はい	□ いいえ	□ どちらでもない