

## 心療内科問診票

当院へ御来院頂きありがとうございます。問診票を基に診断・治療を行っていきますので、ご記入のご協力の程宜しくお願い致します。

来院日 年 月 日

氏名( ) 生年月日 昭和・平成・令和 ( )年 ( )月 ( )日 生まれ

住所

---

記載者 本人 ・ 本人以外の方 本人との関係( 例：兄、父、母など)

女性の方のみチェックをお願いします。 授乳中 ・ 妊娠中

1、今回はどんなことがお困りで受診されましたか？ 可能な範囲でご記載ください。

2、それはいつ頃からですか？

3、思い当たる原因はありますか？あるようでしたら可能な範囲でご記載ください。

4、下記の症状であてはまるもの全てにチェックしてください

気分が落ち込む 不安 緊張 悲しい 意欲低下 怒りやすい(イライラする) 動悸がする 音に敏感になった 他人の視線が気になる 考えがまとまらない 眠れない(寝付きが悪い 何度も目が覚めてしまう 眠りが浅い) 食欲低下 食欲過多 注意が散漫になりミスをするようになった 物忘れ つらく消えてしまいたいと感じることがある

その他： 5、これまでに心療内科・精神科を受診したことはありますか？ 有 無 病院名などが分かりましたらご記載ください。

6、現在治療中の病気はありますか？

無 高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大症 甲状腺異常 その他の病気、気になる症状がございましたらお書きください（内科医師に症状を相談することも可能です）：

7、現在使用しているお薬はありますか？ また、気になる副作用などがございましたら教えてください。

8、食べ物やお薬のアレルギーはありますか？ 有 無  
ある場合は、名前をご記載ください。

ご協力ありがとうございました。上記情報を基に医師診察前に担当スタッフが質問させていただきますので、当日問診票をお持ちください。