

精神科・心療内科 問診票

西暦 年 月 日

ご記入をお願いします。 当てはまるところを○で囲んでください。書きたくないところは空欄のままです。

ふりがな

受診者のお名前 年齢 歳 記入者 ☐本人 ☐他（続柄）

1 治したい症状、お困りのこと、それはいつからかをお書きください（複数ある場合は深刻なものから）

- ① (年 月 日ころから)
② (年 月 日ころから)
③ (年 月 日ころから)

①の症状について

→最近の経過は？ ☐良くなっている ☐悪くなっている ☐変わらない ☐波がある

→最もつらかった時を 10 とすると、今のつらさは くらい。

そのことでどこかに受診されたことは？ ☐ない ☐ある → ☐通院 ☐入院

はじめに 病院 科 年 月から 年 月まで

最近 は 病院 科 年 月から 年 月まで

2 薬は？ ☐飲んでいる ☐飲んだことがある ☐飲んだことはない

薬の内容がわかる資料はお持ちですか？ ☐はい→受付時にお見せ下さい ☐いいえ

（いいえの方）→ご存知であれば主な薬の名前を記入してください

① (朝・昼・夕・眠前) ③ (朝・昼・夕・眠前)

② (朝・昼・夕・眠前) ④ (朝・昼・夕・眠前)

日常的に運転や危険を伴う作業に従事されていますか？ ☐はい ☐いいえ

3 症状チェックリスト： 最近の状態について、当てはまるものに●か○の印を付けてください

【●：特に困る症状 ○：症状あり】

- ・やせた ・太った (ヶ月で kg)
- ・発熱 ・発疹 ・胃の不快感 ・吐気／嘔吐 ・食欲不振 ・食欲過剰 ・腹痛 ・下痢 ・便秘
- ・どうき ・めまい ・発汗 ・頭痛 ・頭が重い ・眼精疲労 ・尿が出にくい ・月経不順
- ・首筋や肩がこる ・じっと座っているのがつらい ・うまく歩けない ・姿勢や動きが固い
- ・体が勝手に・震える・動く・ねじれる（部位： ）

睡眠平均 時間 ・睡眠が悪い（薬を ・飲んでも ・飲まない） ・寝つきが悪い ・いびき大

・途中で覚める ・夢が多い ・熟眠感がない ・朝覚めるのが早すぎる ・眠くて困る（朝・昼）

- ・人前で緊張 ・外出しづらい ・こだわりが強い ・嫌な考えが浮かぶ ・イライラ ・不安 ・あせる ・疲れる
- ・やる気が出ない ・ゆううつ ・孤独感 ・くち数が減った ・物事を楽しめない ・夜より朝がつらい
- ・みんなに迷惑をかけている ・仕事、家業、学業ができない ・生きているのが嫌 ・自殺をしよう／試みた

- ・考えがまとまらない ・人に見られている ・うわさされている ・声が聞こえる
- ・興奮する ・気分がやけに爽快 ・怒りっぽい ・人や物にあたりそう ・自傷しそう ・記憶が抜け落ちる
- ・意識を失う ・不注意なミスが多い ・物忘れ ・自分で身の周りのことができない ・家族に無断で出歩く

その他の困った症状・行動

→裏面もあります



4 おいでになったいきさつ ・ご自身の意思で ・ _____ の勧めで
 来院同伴者は？ なし・あり→（名前 _____ ご関係 _____ ）
 今日来るきっかけとなった出来事がありましたか？ ・ない ・ある→（ _____ ）
 書類や診断書などは必要ですか？ ・今日必要 ・後日必要 ・今のところ不要または不明

5 これまでの健康状態（□にチェックをお願いします）

・出生時になにか異常を指摘されましたか？ □いいえ □はい →（ _____ ）
 ・内科的疾患 □ない □ある →（ _____ ）
 ・手術歴 □ない □ある →（ _____ ）
 ・脳血管障害 □ない □ある →（□脳梗塞、□脳出血、□その他 _____ ）
 ・感染症疾患 □ない □ある →（□ウィルス性肝炎、□性感染症、□その他 _____ ）
 ・使えない薬 □ない □ある →（ _____ ）
 ・その他 □前立腺肥大 □ぜんそく □アレルギー性鼻炎（花粉症含む） □食物アレルギー □アトピー
 □緑内障 □気を失ったことがある □けいれんを起こしたことがある（乳幼児期の熱性けいれんを除く）
 ・妊娠の可能性 □ある □なし
 ・アルコール □飲まない □たまに飲む □よく飲む □ほとんど毎日飲む
 ・喫煙 □しない □する（1日 _____ 本 _____ 年間） □やめた（ _____ 歳で禁煙）
 ・他に今までかかった主な病気があれば 病名 _____ 年齢 _____ 歳

6 あなたの性格で、特にあてはまるものを○で囲んでください

・明るい ・暗い ・楽天的 ・悲観的 ・社交的 ・非社交的 ・几帳面 ・ずぼら
 ・がんこ ・優柔不断 ・我慢強い ・飽きやすい ・集中しすぎる ・短気／怒りっぽい
 ・派手好き ・地味 ・わがまま ・負けず嫌い ・気むずかしい ・自信家 ・自信がない
 ・強気 ・臆病 ・仕事好き ・責任感強い
 趣味：なし・あり（ _____ ） 信じている宗教：なし・あり（ _____ ）

7 住居・家族・経済状況について 父：健在・死去（ _____ ）歳 / 母：健在・死去（ _____ ）歳
 兄弟姉妹： 本人含めて（ _____ ）人中、本人は（ _____ ）番目
 配偶者： いる（年齢 _____ 歳、職業 _____ ） ・いない（未婚・離別・死去）
 子供： なし・あり（男・女 _____ 歳、男・女 _____ 歳、男・女 _____ 歳、男・女 _____ 歳、男・女 _____ 歳）
 同居者： なし・あり（ご本人との関係 _____ 、 _____ 、 _____ 、 _____ 、 _____ ）
 血縁者で心療内科・精神科に受診経験のある人：なし・あり（祖父・祖母・父・母・兄弟姉妹・子・おじ・おば・いとこ）
 住宅： 持ち家・賃貸・一戸建て・アパート／マンション・その他
 経済状態： らく・普通・苦しい *自立支援申請 なし・あり（ _____ 歳頃から）

8 これまでの生活 生まれ育ったところ（ _____ ）

最後に通った学校・学科の名称： _____ ・卒業 ・中退 ・在学中 ・休学中
 成績： 小学校（上・中・下・劣） 中学校（上・中・下・劣） 高校（上・中・下・劣）
 卒後の職歴（アルバイト含む）： なし／あり（最初は _____ 歳ころ、仕事内容は _____ ）
 現在の主な役割： 家事・学業・仕事（内容 _____ 、お立場 _____ ）
 上記の役割を ・こなせている ・なんとかやれる ・時々休む ・休んでいる
 家庭・学校や職場での悩み： なし ・少しある ・大いにある→内容 _____
 これまでに書けなかった悩み（あれば） _____

次の質問があなたに当てはまりましたら「はい」に○を、
当てはまらなければ「いいえ」に○をつけてください。

① これまでの人生で、気分が高揚し、ハイテンションで
怒りっぽく、普段の調子（100%）を超えた時期が数日以上
続いたことはありますか？

はい

いいえ



① で「はい」に○をつけた方は以下の質問にお答えください。
当てはまる項目にチェックしてください。

②その時、いつもより自信がありましたか？ ☐

③その時、あまり寝ていなくても平気でしたか？ ☐

④その時、いつもよりしゃべりましたか？ ☐

⑤その時、いろいろな考えが次々に思いつきましたか？ ☐

⑥その時、次々に関心や興味が移りましたか？ ☐

⑦その時、活発・精神的に活動できましたか？ ☐

⑧その時、買い物・賭け事・投資・異性との交際などが多くなりましたか？ ☐



出来事チェックリスト

下記のリストは強いストレスを伴うことがある出来事を並べたものです。あなた自身がこれまでに直接体験したことのある出来事があれば、その番号に○をつけてください。

どの出来事もなければ、一番下の「無」の欄に○をつけてください。

番号	出来事
1	自然災害（洪水、台風、津波、噴火、土砂崩れなど）
2	火事や爆発事故
3	交通事故（自動車、船舶、電車、飛行機などによる事故）
4	有機物質にさらされた（毒物、危険な化学物質、放射能などによる被害）
5	その他、仕事や家庭の中、あるいは余暇活動中に起きた深刻な事故
6	殴る、蹴るなどのひどい暴行
7	刃物や銃などの凶器を用いた暴行
8	監禁（誘拐、人質、捕虜など）
9	力づくや暴力の脅しによる性的暴行
10	その他、意に反した、きわめて不快な性的体験
11	子供の頃の身体的虐待
12	戦争体験（従軍した、空襲にあった、など）
13	殺人、自殺、災害、事故などで、人が死んだり、ひどい怪我をした現場を目撃した
14	家族や身近な知人が、上記1番から13番の各項目のような出来事に巻き込まれたことを知り、強い衝撃を受けた
15	その他、ほとんどの人が体験しないような、ひどくショッキングな出来事にあった
無	上記のようないずれの出来事も体験していない

()	←これまでで、もっとも強いストレスとなった出来事の番号を記入してください
()	← 一番最近の出来事の番号を記入してください

ふりがな：	男 ・ 女	住所：〒	—	
氏名：				
※本名でお呼びすることに差し障りがある方はお申し出ください		電話番号：	—	—
		携帯電話：	—	—

生年月日： 大正・昭和・平成		緊急連絡先：	—	—
年 月 日 (歳)		(氏名)	(関係)	

身長： c m 体重： k g 体温 ℃

・分院への通院歴はございますか？ なし ・ あり（わかば宮本医院・幕張クリニック・わかば検査・健診クリニック）

・今日はどうされましたか？ 当てはまるものに○をつけてください

頭痛・発熱・鼻炎・咳や痰・吐き気・下痢や腹痛・

高血圧・検査異常・腰痛や関節痛・けが・検査希望

その他

診断書・予防注射・プラセンタ注射

※心療内科・物忘れ・禁煙外来は予約制になっております。

・以下の病気などで治療を受けたことがある、または今現在受けていますか？

糖尿病・高血圧・脂質異常症・心臓病・肝臓病・腎臓病・ぜんそく・結核・脳血管疾患・胃腸疾患・内分泌疾患（甲状腺など）

がん・緑内障・前立腺肥大・メンタル・その他重要なもの

・手術を受けた経験はありますか？ なし ・ あり

・現在服用中の薬はありますか？（お薬手帳などあれば見せてください） なし ・ あり

・お薬や食べ物でアレルギーまたは副作用はありますか？

・特定健診の受診歴 なし ・ あり (年 月 日)

・お酒を飲みますか？ 飲まない ・ 飲む

・タバコを吸いますか？ 吸わない ・ 吸う / 以前吸っていた

・最近外国から帰国されましたか？ いいえ ・ はい

・女性の方へ 現在 妊娠中または授乳中ですか？ いいえ ・ はい ・ わからない

・介護保険の申請を希望しますか？ いいえ ・ はい

当院を何で知りましたか？ よろしければ下記該当項目に○をつけてください

ネット検索・口コミ（知人や家族から）・近くを通った・他院からの勧め・その他

当院までの交通手段を教えてください 車 (又はタクシー)・電車・バス・自転車 (又はバイク)・徒歩

問診票 裏面

両面印刷（長辺綴じ）で印刷してください