

# 診 療 申 込 書

年 月 日

ふりがな			
氏名		様	男
			女
生年月日	年	月	日 才
住所	〒		
職業		電話	
世帯主 氏 名		続柄	
保険証	有 ・ 無 ・ その他		
保険証が確認できない場合は保険扱いにはなりません			
以前当院にかかれたことは	有 ・ 無		
かかれたのは	年	月	頃

## 【問診表】

(フリガナ)

ご本人様のお名前 \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_  
生年月日 T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 才)  
電話番号 自宅 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

問診表をご記入された方のお名前 \_\_\_\_\_ 御本人様との関係 \_\_\_\_\_  
受診に同伴された方のお名前 \_\_\_\_\_ 御本人様との関係 \_\_\_\_\_

① 今回は、どのような事で受診しようと思われましたか？症状やお困りのこと等、ありのままご記入下さい。

\*それはいつごろからですか？

\*きっかけはどんな事でしたか？

② 気分や感覚について、当てはまるものに○を付けてください。

(健康な時と変わらない 不安 ゆううつ 無気力 イライラ 焦燥感 集中できない 何も手につかない  
生きるのが辛い 死にたい パニック 買い物し過ぎる 確認や手洗いなどをやめられない 監視される  
盗聴される 姿が見えないが声や悪口が聴こえる 噂や嫌がらせをされる 秘密がもれてしまう  
その他: \_\_\_\_\_ )

③ 今まで狭山ヶ丘病院に、通院や入院をしたことがありますか？ (はい・初めて)

\*はいの方は、最後に受診したのはいつ頃でしたか？ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

④ 今回は、ご自分で受診しようと思ったのですか？ (はい・いいえ)

\*いいえの方は、どなたからすすめられましたか？ ( \_\_\_\_\_ )

⑤ 今まで当院以外の精神科・心療内科の病院やクリニックに、通院・入院をしたことがありますか？

(はい・いいえ) \*はいの方は、下記をご記入ください。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 病院・クリニック \_\_\_\_\_ 通院・入院(措置・医療保護・任意)  
病名や状態 \_\_\_\_\_ 薬の名前 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 病院・クリニック \_\_\_\_\_ 通院・入院(措置・医療法後・任意)  
病名や状態 \_\_\_\_\_ 薬の名前 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 病院・クリニック \_\_\_\_\_ 通院・入院(措置・医療保護・任意)  
病名や状態 \_\_\_\_\_ 薬の名前 \_\_\_\_\_

⑥ 現在、精神的な症状を改善するために、何かお薬を飲んでいますか？（はい・いいえ）

薬の名前： \_\_\_\_\_（市販薬・処方薬・個人輸入薬）

いつから： \_\_\_\_\_

⑦ 今まで、てんかんと診断をされたり、ひきつけやけいれんを起こしたことがありますか？（はい・いいえ）

⑧ お体のことについてうかがいます。

\*現在、治療中の病気やケガをご記入下さい。また、以前かかった病気やケガについてもご記入ください。

年 月～ 年 月 病名 / 病院・医院 科  
(治癒・放置・経過観察・治療中)

治療内容や処方内容： \_\_\_\_\_

年 月～ 年 月 病名 / 病院・医院 科  
(治癒・放置・経過観察・治療中)

治療内容や処方内容： \_\_\_\_\_

年 月～ 年 月 病名 / 病院・医院 科  
(治癒・放置・経過観察・治療中)

治療内容や処方内容： \_\_\_\_\_

⑨ アレルギーはありますか？（はい・いいえ）何のアレルギーですか？ \_\_\_\_\_

処方されている方・されていた方は内容をご記入ください \_\_\_\_\_

⑩ 使用すると具合が悪くなる薬はありますか？（はい・いいえ）何のお薬ですか？ \_\_\_\_\_

⑪ 女性の方はお答えください。

\*現在、妊娠中や妊娠の可能性はありますか？（はい・いいえ）現在 \_\_\_\_\_ 週目

\*妊娠回数 \_\_\_\_\_ 回 \*出産回数 \_\_\_\_\_ 回(何歳頃ですか？ \_\_\_\_\_ )

\*中絶 \_\_\_\_\_ 回(何歳頃ですか？ \_\_\_\_\_ )

⑫ 現在の健康状態についてお聞きします。

\*身長： \_\_\_\_\_ cm 健康時の体重： \_\_\_\_\_ kg \*体重の増減（ない・ある： \_\_\_\_\_ kg 増・減）

\*食欲（いつも通り・ない・食べ過ぎる・拒食・過食・嘔吐）

\*睡眠（眠れる・寝つきが悪い・何回も目が覚める・早く目が覚める・昼夜逆転・眠らないで平気）

\*便秘（良好・下痢・便秘） \*下剤の使用（ない・あり・下剤をたくさん飲んでいる）

\*体に不調がある（ない・ある：頭痛・動悸・耳鳴り・立ちくらみ・頭が重い・肩こり・吐き気・微熱・喉が詰まる  
その他 \_\_\_\_\_ )

⑬ 飲酒はされますか？（飲まない・付き合い程度・毎日飲む）

\*お酒を飲む日は、何をどれくらいのみますか？（種類： \_\_\_\_\_ 量： \_\_\_\_\_ )

\*休肝日はありますか？（ない・ある：週・月 \_\_\_\_\_ 日）

\*お酒を飲む理由は何ですか？ \_\_\_\_\_

\*大麻・覚醒剤・危険薬物などを使用した事がありますか？（ない・ある：種類 \_\_\_\_\_ 何歳頃 \_\_\_\_\_ )

\*一般的な市販薬を多量に飲んだり、本来の飲み方と違う飲み方をしたことはありますか？（ない・ある）

⑭ 御家族の事をうかがいます。

\*現在、一緒に住んでいる御家族はどなたですか？それぞれ何歳ですか？

( )

\*御家族の中で、ご自身に何かあった時に助けてくれる人はどなたですか？

(続柄: )

\*婚姻回数 回 離婚回数 回

\*御家族や親類(父母・子供・きょうだい・配偶者・パートナー・祖父母・いとこ・孫ぐらいまでの繋がりの方)に  
精神疾患・依存症や知的発達障害の方、その傾向がある方はいますか？ (いない・いる)

\*いるとお答えの方は、ご関係とその方の病名や状態をお書きください。

( )

⑮ 学歴について質問します。

\*小学校の成績:上位・中位・下位 普通学級・特殊学級( 年生から)

\*中学校の成績:上位・中位・下位 普通学級・特殊学級( 年生から) 部活動

\*高校名 学科 (全日制・通信制・全寮制・特殊学級)

成績:上位・中位・下位 留年:あり・なし 卒業・中退( 年) 部活動

\*高校卒業・中退以降の学歴をご記入ください。

⑯ 仕事について質問します。

\*現在、どのようなお仕事をされていますか？毎月の休日数や残業時間等もご記入ください。

\*今まで、転職は何回していますか？大まかに、転職の理由をご記入ください。

( 回、転職理由: )

⑰ 元々どのような性格ですか？また、趣味や特技・大切にしてきた習慣はありますか？

初診・再新日時 年 月 日

診療時、参考資料として役立つものですので御協力お願いします。

自己評価式抑うつ性尺度(SDS)チェック表

\*あてはまる数字に○を付け、お持ちください。

患者氏名 _____		状態の程度				スタッフ 記入欄 (点数)
		殆どない	時々	かなり	殆どいつも	
1	気分が沈んで、ゆううつだ	1	2	3	4	
2	朝方が一番気分がよい	4	3	2	1	
3	些細なことで泣いたり、泣きたくなる	1	2	3	4	
4	夜、よく眠れない	1	2	3	4	
5	食欲は普通にある	4	3	2	1	
6	性欲は普通(異性の友人と付き合ってみたい)	4	3	2	1	
7	最近、痩せてきた	1	2	3	4	
8	便秘をしている	1	2	3	4	
9	普段よりも動悸がする(胸がドキドキする)	1	2	3	4	
10	何となく疲れる	1	2	3	4	
11	気持ちはいつもさっぱりしている	4	3	2	1	
12	いつもと変りなく仕事をこなせる	4	3	2	1	
13	落ち着かず、じっとしてられない	1	2	3	4	
14	将来に希望(楽しみ)がある	4	3	2	1	
15	いつもよりイライラする	1	2	3	4	
16	たやすく決断できる	4	3	2	1	
17	自分は人の役に立つと思う	4	3	2	1	
18	今の生活は充実していると思う	4	3	2	1	
19	自分が死んだ方が他の人は幸せだと思う	1	2	3	4	
20	日頃している事に満足している	4	3	2	1	
*ここ2週間を振り返ってチェックしてください		合計点数				

スタッフ氏名 \_\_\_\_\_

実施日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

医療法人狭山ヶ丘病院